



Trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn i Norge

Spedkost 1998 og Spedkost 2006

Masteroppgave av
Mari Mohn Paulsen

Avdeling for ernæringsvitenskap
Universitetet i Oslo

November 2010

Trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn i Norge

Spedkost 1998 og Spedkost 2006

**Masteroppgave av
Mari Mohn Paulsen**



Veiledere:

Lene Frost Andersen, Anne Lene Kristiansen

Avdeling for ernæringsvitenskap, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2010

Forord

Denne masteroppgaven er utført ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo i perioden august- september 2009 og mai-november 2010.

Jeg vil takke mine veiledere Lene Frost Andersen og Anne Lene Kristiansen for all hjelp og veiledning i prosessen med å utarbeide denne masteroppgaven. En stor takk til Lene for all kunnskap og gode råd du har delt med meg. En stor takk rettes også til Anne Lene – du har vært til stor hjelp særlig i oppstartsfasen og i innspurten. Selv i permisjon har du tatt deg tid til å lese gjennom oppgaven for meg og bidra med mange nyttige tilbakemeldinger og innspill.

Jeg vil også takke professor Petter Laake for råd og veiledning i forbindelse med enkelte statistiske problemstillinger.

Takk til mine medstudenter for fem studieår med godt samhold, oppturer, nedturer, humor, frustrasjon og mye moro. Edith Hesselberg og Kristin Lode – det har vært helt supert å ha dere som sidekamerater gjennom dette siste års arbeid med masteroppgaven!

En stor takk rettes også til Kathrine Vinknes for at du alltid har tatt deg tid til å hjelpe meg med datatekniske- og andre praktiske utfordringer, drøftet problemstillinger med meg og lest korrektur på oppgaven på tampen.

Sist men ikke minst er jeg takknemlig ovenfor min familie, Åsmund, Julie og Emilie for oppmuntring underveis og for at dere gir påfyll av overskudd og motivasjon ved å være de dere er!

Oslo, november 2010

Mari Mohn Paulsen

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Spedbarnstiden preges av rask vekst og utvikling, og et riktig og godt sammensatt kosthold i denne perioden er av stor betydning for barnets helsetilstand. Vekst og ernæringsforhold i tidlige barneår kan også ha betydning for sykelighet og dødelighet senere i livet. En rekke bakgrunnsfaktorer, som utdanning, mors alder, røyking, antall barn og sivil status, er vist å henge sammen med hvem som følger anbefalingene for spedbarnsernæring. Flere tiltak for å fremme amming og etablere gode kostvaner blant sped- og småbarn er utarbeidet og implementert av norske helsemyndigheter. Blant annet distribueres brosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” til spedbarnsforeldre i Norge, og nye anbefalinger for spedbarnsernæring kom i 2001. Med denne masteroppgaven er det ønskelig å se på trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn i Norge, kartlegge hvem som følger anbefalingene for spedbarnsernæring, samt evaluere mottak og opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell utarbeidet for spedbarnsforeldre.

Utvalg, design og metode: Analysene i masteroppgaven er basert på to landsomfattende kostholdsundersøkelser blant 6 måneder gamle spedbarn i Norge; Spedkost 1998 og Spedkost 2006. Utvalg på 3000 spedbarn ble ved begge studietidspunkt invitert til å være med i undersøkelsene. Henholdsvis 2383 og 1986 samtykket til å delta. Semi-kvantitative matvarefrekvensskjema (SFFQ), som skulle beskrive kostholdet fra fødsel og opp til 6 måneders alder, ble benyttet i begge undersøkelsene. Statistiske metoder benyttet i oppgaven er deskriptive analyser og multippel logistisk regresjon.

Resultater: I 2006 ble færre spedbarn introdusert for fast føde før 4 måneders alder, flere ble fullammet ved 5 og 6 måneders alder og flere ble introdusert for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder, sammenlignet med i 1998. I 1998 ble imidlertid flere spedbarn fullammet og ammet de første leveukene, sammenlignet med i 2006. Andelen ammede barn ved 4 til 6 måneders alder var lik ved de to

studietidspunktene, og det var ingen signifikant forskjell mellom andelene som fikk vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder i 1998 og i 2006. Flere spedbarnsforeldre hadde sett/mottatt informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” i 2006 og flere opplevde brosjyrene som svært nyttig/nyttig i 2006, sammenlignet med i 1998. Røyking og mors utdanning var de bakgrunnsfaktorene som viste flest signifikante sammenhenger med anbefalingene for spedbarnsernæring. Mors alder og landsdelstilhørighet var faktorer med signifikant assosiasjon med henholdsvis opplevd nytteverdi og mottak av informasjonsmateriell. Opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell var signifikant assosiert med ammeslutt <4 mnd alder, amming ved 6 mnd alder og vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 mnd alder. Over halvparten av spedbarnsforeldrene ønsket ved begge studietidspunkt mer informasjon om spedbarnsernæring.

Konklusjon: Resultatene fra foreliggende studie viser en trend med stort sett positive, men også mindre ønskelige aspekter i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn fra 1998 til 2006. I særlig grad røyking, men også andre bakgrunnsfaktorer ved spedbarna og deres foreldre, ble ved begge studietidspunkt funnet å henge sammen med hvem som fulgte anbefalingene for spedbarnsernæring, opplevd nytteverdi og mottak av informasjonsmateriell. Opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell ble funnet å ha sammenheng med enkelte anbefalinger for spedbarnsernæring.

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG.....	4
OVERSIKT OVER FIGURER.....	12
OVERSIKT OVER VEDLEGG	13
FORKORTELSER	14
DEFINISJONER.....	15
1. INNLEDNING.....	16
1.1 ANBEFALINGER FOR SPEDBARNSENRÆRING	17
1.2 AMMING.....	18
1.2.1 Historisk utvikling i ammevarighet	19
1.3 FAST FØDE.....	20
1.4 KOSTTILSKUDD.....	21
1.5 HVEM FØLGER ANBEFALINGENE FOR SPEDBARNSENRÆRING?	22
1.6 TILTAK FOR Å FREMME AMMING OG ETABLERE GODE KOSTVANER	23
1.6.1 Informasjonsmateriell	25
1.7 TREND OVER TID I KOSTHOLDET TIL 6 MÅNEDER GAMLE SPEDBARN.....	26
2. MÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	28
2.1 MÅL	28
2.2 PROBLEMSTILLINGER.....	28
3. UTVALG OG METODER.....	30
3.1 UTVALG.....	30
3.2 ETIKK OG TILLATELSER.....	30

3.3	DESIGN.....	30
3.4	METODE.....	31
3.4.1	<i>Spørreskjema.....</i>	<i>31</i>
3.4.2	<i>Andre data.....</i>	<i>33</i>
3.4.3	<i>Kontroll av utfylte skjema</i>	<i>34</i>
3.5	DATABEHANDLING OG STATISTIKK.....	34
3.5.1	<i>Beskrivelse av studiepopulasjonene</i>	<i>34</i>
3.5.2	<i>Trend over tid i spedbarnas kosthold</i>	<i>35</i>
3.5.3	<i>Hvem følger anbefalingene for spedbarnsernæring?.....</i>	<i>35</i>
3.5.4	<i>Informasjonsmateriell</i>	<i>39</i>
3.5.5	<i>Andel foreldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring</i>	<i>40</i>
4.	RESULTATER	42
4.1	BESKRIVELSE AV STUDIEPOPULASJONENE.....	42
4.2	TREND OVER TID I KOSTHOLDET TIL 6 MÅNEDER GAMLE SPEDBARN.....	44
4.2.1	<i>Fullamming.....</i>	<i>46</i>
4.2.2	<i>Amming</i>	<i>46</i>
4.2.3	<i>Fast føde</i>	<i>47</i>
4.2.4	<i>Vitamin D/annet kosttilskudd</i>	<i>48</i>
4.3	HVEM FØLGER ANBEFALINGENE FOR SPEDBARNSENERNÆRING?	49
4.3.1	<i>Faktorer forbundet med fullamming</i>	<i>49</i>
4.3.2	<i>Faktorer forbundet med amming</i>	<i>54</i>
4.3.3	<i>Faktorer forbundet med introduksjon av fast føde.....</i>	<i>59</i>
4.3.4	<i>Faktorer forbundet med tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd</i>	<i>62</i>

4.3.5	<i>Oppsummering av bakgrunnsfaktorer i sammenheng med anbefalinger for spedbarnsernæring.....</i>	67
4.4	INFORMASJONSMATERIELL	70
4.4.1	<i>Mottak av brosjyrene.....</i>	70
4.4.2	<i>Foreldrenes opplevde nytteverdi av informasjonsbrosjyrene.....</i>	71
4.4.3	<i>Hva kjennetegner de som opplevde informasjonsmateriellet som svært nyttig/nyttig?</i>	72
4.4.4	<i>Anbefalinger for spedbarnsernæring i sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsmaterieil.....</i>	77
4.4.5	<i>Hvem er de som ikke har sett/mottatt informasjonsmaterieil?.....</i>	86
4.4.6	<i>Trend over tid for informasjonsmaterieil i sammenheng med bakgrunnsfaktorer og anbefalinger</i>	90
4.4.7	<i>Andel foreldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring.....</i>	91
5.	DISKUSJON	93
5.1	METODE.....	93
5.2	STUDIEDESIGN	95
5.3	UTVALG OG SELEKSJONSSKJEVHET.....	96
5.4	INFORMASJONSSKJEVHET	97
5.5	KONFUNDERING	98
5.6	EKSTERN VALIDITET	99
5.7	STATISTIKK OG DATABASEHANDLING	100
5.8	DISKUSJON AV RESULTATER	100
5.8.1	<i>Hovedfunn.....</i>	100
5.8.2	<i>Trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn.....</i>	102
5.8.3	<i>Hvem følger anbefalingene for spedbarnsernæring?.....</i>	105

5.8.4	<i>Informasjonsmateriell</i>	112
5.8.5	<i>Andel foreldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring</i>	117
6.	KONKLUSJON	119
	KILDELISTE	121
	VEDLEGG	132

Oversikt over tabeller

Tabell 1	Bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre som deltok i Spedkost 1998 og Spedkost 2006
Tabell 2	Andel (%) av spedbarna som fullammes første levehalvår
Tabell 3	Andel (%) av spedbarna som ammes første levehalvår
Tabell 4	Introduksjonstidspunkt for fast føde
Tabell 5	Andeler (%) som får fast føde
Tabell 6	Introduksjonstidspunkt for vitamin D/annet kosttilskudd, samt andel som får tilskudd ved 6 mnd alder
Tabell 7	Justert OR med 95 % KI for fullamming ved 4 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 8	Justert OR med 95 % KI for fullamming ved 5,5 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 9	Justert OR med 95 % KI for ammeslutt før 4 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 10	Justert OR med 95 % KI for amming ved 6 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 11	Justert OR med 95 % KI for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 12	Justert OR med 95 % KI for introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 13	Justert OR med 95 % KI for tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 mnd alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 14	Oppsummering av signifikante funn mellom bakgrunnsfaktorer og ulike anbefalinger for spedbarnsernæring. Funn fra logistiske regresjonsanalyser

Tabell 15	Bakgrunnsfaktorer som hadde signifikant sammenheng med variabler for spedbarnsernæring både i 1998 og i 2006
Tabell 16	Mottak av informasjonsbrosjyrene ”Mat for spedbarn” og ”Hvordan du ammer ditt barn”
Tabell 17	Opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene ”Mat for spedbarn” og ”Hvordan du ammer ditt barn”
Tabell 18	Justert OR med 95 % KI for opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 19	Justert OR med 95 % KI for opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn” i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 20	Oppsummering av signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell. Funn fra logistiske regresjonsanalyser
Tabell 21	Justert OR med 95 % KI for anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn”
Tabell 22	Justert OR med 95 % KI for anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn”
Tabell 23	Oppsummering av signifikante sammenhenger mellom anbefalinger for spedbarnsernæring og opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene. Funn fra logistiske regresjonsanalyser
Tabell 24	Justert OR med 95 % KI for mottak av ”Hvordan du ammer ditt barn” i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 25	Justert OR med 95 % KI for mottak av ”Mat for spedbarn” i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre
Tabell 26	Oppsummering av signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og de som ikke hadde sett/mottatt informasjonsbrosjyrene. Funn fra logistiske regresjonsanalyser
Tabell 27	Andel spedbarnsforeldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring og tema de ønsker informasjon om

Oversikt over figurer

- Figur 1** Prosent ammende mødre i Norge ved henholdsvis 1 uke, 3 mnd, 6 mnd, 9 måneder, 12 mnd og 18 mnd etter fødselen i perioden 1858-1998
- Figur 2** Trend over tid for utvalgte anbefalinger for spedbarnsernæring i Spedkost 1998 og Spedkost 2006
- Figur 3** Andel (%) som følger anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” i Spedkost 1998 og Spedkost 2006
- Figur 4** Andel (%) som følger anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn” i Spedkost 1998 og Spedkost 2006

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1 Semi-kvantitativt matvarefrekvensskjema 1998

Vedlegg 2 Semi-kvantitativt matvarefrekvensskjema 2006

Forkortelser

BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
Hdir	Helsedirektoratet
KI	Konfidensintervall
KMI	Kroppsmasseindeks
MBVI	Mor-barn-vennlig initiativ
MME	Morsmelkerstatning
OR	Odds ratio
PI	Ponderal indeks
SFFQ	Semi-kvantitativt matvarefrekvensskjema
SSB	Statistisk sentralbyrå
SØS	Sosioøkonomisk status
WHO	World Health Organization

Definisjoner

Ammede spedbarn	Får morsmelk, enten alene eller sammen med annen mat og/eller drikke
Fast føde	Alle andre matvarer enn vann, melk, saft, annen drikke og kosttilskudd. Inkluderer også velling
Fullammede spedbarn	Får <i>kun</i> morsmelk (inkludert utpumpet morsmelk eller melk fra morsmelksbank) og eventuelle kosttilskudd i tillegg til morsmelken
Svangerskapsomsorgen	Jordmor/fastlege som følger opp den gravide gjennom svangerskapet vha svangerskapskontroller
QuestBack®	Nettbasert spørre- og rapporteringsverktøy

1. Innledning

Sped- og småbarn har i flere tiår vært en viktig målgruppe for norske helsemyndigheter sitt arbeid. I 1980 og 1990-årene ble det gjennomført flere studier av spedbarns kosthold i Norge (1-5). Det manglet imidlertid data som var representative på nasjonalt nivå (6). De første landsomfattende kostholdsundersøkelsene blant spedbarn i Norge; Spedkost, ble gjennomført blant 6 og 12 måneder gamle spedbarn i 1998. Åtte år senere, i 2006, ble Spedkostundersøkelsene på ny gjennomført. Den foreliggende masteroppgaven baserer seg på data fra Spedkost – 6 måneder 1998 og Spedkost – 6 måneder 2006. Data fra 12-månedersundersøkelsene inngår ikke i analysene. Undersøkelsene er gjennomført av Universitetet i Oslo, Avdeling for ernæringsvitenskap, i samarbeid med Helsedirektoratet (Hdir) og Mattilsynet. Statistisk sentralbyrå (SSB) var også delaktig i 1998. Hovedmålet med studiene har vært å øke kunnskapen om kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn i Norge, for å få et bedre grunnlag for å fremme et godt kosthold og forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer i denne aldersgruppen. Man har ønsket å fremskaffe data som gir grunnlag for: 1) å beskrive kostvaner, 2) å vurdere den ernæringsmessige kvaliteten, 3) å vurdere om kostvanene er i tråd med de anbefalinger som blir gitt, 4) å skaffe oversikt over innholdet av fremmedstoffer i kostholdet og 5) å bidra til at det blir etablert et system for å kunne følge kostholdsutviklingen over tid (7). Studiene gir et godt grunnlag for oppfølging og evaluering av ernæringspolitiske tiltak og utforming av strategier for videre arbeid (8). Undersøkelsen inngår i og kompletterer Hdir sitt system for kartlegging av kostholdet i den norske befolkningen. Systemet inkluderer også opplegg for kartlegging av småbarns, unges og voksnes kosthold; henholdsvis Småbarnskost, Ungkost og Norkost (7). I regjeringens handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) ”Oppskrift for et sunnere kosthold” fremheves viktigheten av å opprettholde satsingen på god ernæring fra tidlig i livet i årene som kommer (9).

Hdir har utarbeidet informasjonsmateriell, som er tilgjengelig for nybakte spedbarnsforeldre, i form av brosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn”. Hensikten med disse brosjyrene er å opplyse om anbefalingene for spedbarns ernæring samt gi råd og veiledning (10, 11).

Med denne masteroppgaven er det ønskelig å se på trender over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn i Norge, kartlegge hvem som følger anbefalingene for spedbarns ernæring, samt evaluere tilgjengelighet og opplevd nytteverdi av Hdirs informasjonsmateriell utarbeidet for spedbarnsforeldre.

Datainnsamling var ikke en del av masteroppgaven, men masterstudenten har utført alle statistiske analyser.

1.1 Anbefalinger for spedbarns ernæring

Spedbarnstiden preges av rask vekst og utvikling og et riktig og godt sammensatt kosthold i denne perioden er av stor betydning for barnets helsetilstand (9). Vekst og ernæringsforhold i tidlige barneår kan også ha betydning for sykelighet og dødelighet senere i livet (12). Spisevaner og smakspreferanser utvikles allerede på spedbarnsstadiet, da barnet fullernæres på morsmelk eller morsmelkerstatning (MME). Introduksjon av fast føde senere i spedbarnstiden gir barnets omsorgspersoner mulighet til å eksponere barnet for et variert utvalg av mat og drikke som kan legge grunnlaget for livslange sunne spisevaner (13).

Hdir har ansvaret for å utarbeide nasjonale anbefalinger for kostholdet. De første nasjonale anbefalinger for spedbarns ernæring i Norge kom i 1993 (14). I 2001 kom nye norske anbefalinger (15) i samsvar med nye anbefalinger vedrørende fullamming fra World Health Organization (WHO) (16).

De viktigste anbefalingene for spedbarnsernæring de første 6 levemånedene per i dag er (15):

- Spedbarn bør få morsmelk som eneste næring (fullammes) de første 6 levemånedene. Ammingen bør opprettholdes hele det første leveåret.
- Dersom det ikke er mulig med amming, eller det er behov for annen melk i tillegg til morsmelk, bør hovedsakelig MME brukes frem til 12 måneders alder.
- Når barnet er 6 måneder gammelt bør fast føde gradvis introduseres, slik at behovet for energi og næringsstoffer dekkes. Fast føde bør gis som tillegg til morsmelken. Noen barn kan ha behov for fast føde før 6 måneders alder, men en slik introduksjon bør skje tidligst ved 4 måneders alder. Barn som ikke får morsmelk kan introduseres for fast føde ved 4-6 måneders alder.
- Alle spedbarn bør få tilskudd av vitamin D fra de er 4 uker gamle. Tran anbefales, men tilskuddet kan også gis i form av vitamin D-dråper.

Anbefalingene for spedbarnsernæring var noe ulike i Spedkost 1998 og i Spedkost 2006. I 1998 var anbefalingen å fullamme spedbarna i 4-6 måneder (14), i motsetning til anbefalingen om fullamming i 6 måneder i 2006 (15). Bakgrunnen for at anbefalingene ble endret var at studier, fra både i- og u-land, viste at introduksjon av fast føde til fullammede barn før 6 måneders alder førte til redusert inntak av morsmelk og ikke økt inntak av energi eller økt vekst (17, 18).

1.2 Amming

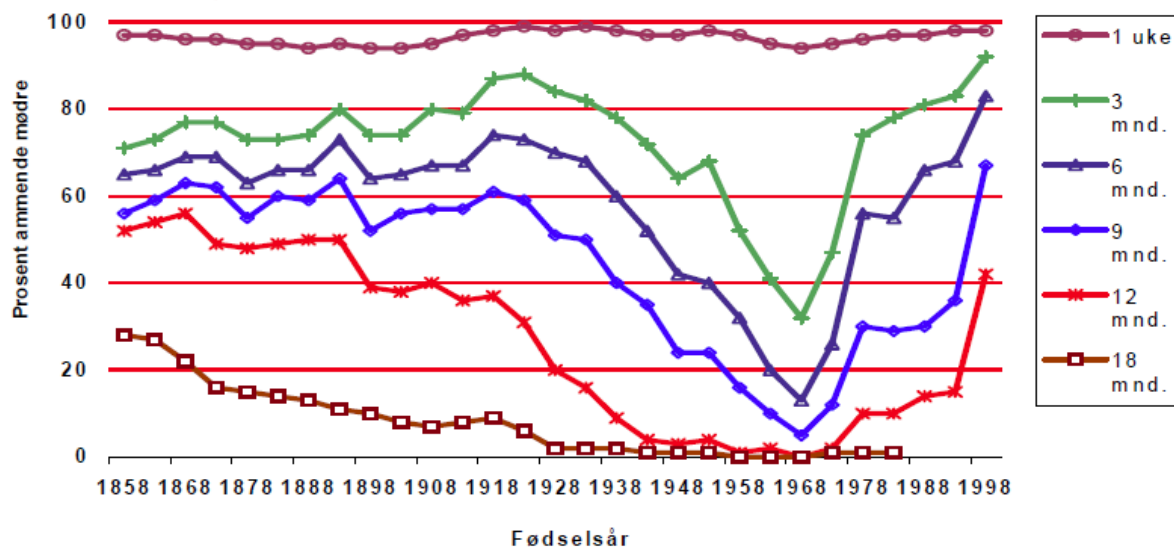
Amming har vist seg å ha flere veldokumenterte fordeler fremfor MME og anbefales derfor som førstevalg som den beste næringen for spedbarn (19). Sammensetningen og mengden av morsmelk er tilpasset barnets behov og varierer i løpet av måltidet, døgnet og ammeperioden. Den inneholder essensielle næringsstoffer, samt stoffer

som enzymer, aminosyrer, vekstfaktorer og hormoner, som fremmer absorpsjon i tarmen, bidrar til fysiologisk modning av tynntarmen og fremmer immunforsvaret. Disse stoffene er tilpasset barnets vekst og utvikling (20-23). En rekke studier har vist at ammede barn har mindre forekomst av infeksjoner, spesielt i mage- og tarmsystemet, luftveier og urinveier (24-29), bedre kardiovaskulær helse på lang sikt (29-31), bedre kognitiv utvikling (32-34), lavere risiko for matvareallergi og atopisk eksem ved familiær disposisjon (34), mulig beskyttelse mot insulinavhengig diabetes (35), mulig forbedret skjelettutvikling (36) og mulig redusert risiko for fedme senere i livet (30, 37), sammenlignet med barn ernært på MME.

1.2.1 Historisk utvikling i ammevarighet

Norge ligger i dag på ammetoppen i verden, men slik har det ikke alltid vært. Som **figur 1** viser, var forekomsten av amming forholdsvis høy på 1800-tallet. Mot slutten av 1920-årene og frem mot bunnåret 1968 sank imidlertid ammeprevalensen drastisk (38). Dette var en tid preget av begynnende industrialisering, økende urbanisering og mangel på prevensjonsmidler. For kvinnene innebar dette mange barnefødsler i trange byleiligheter, ofte med dårlige sanitærfasiliteter. Etter hvert ble fødslene flyttet fra hjemmet til fødeklinikker. Her ble mor og barn påtvunget føde- og ammerutiner, etter klokke og skjema, som var spesielt utviklet ved og passende for situasjonen på institusjon (38). Resultatet var at man i alle land, der amming etter skjema og klokke ble innført, fikk en fallende ammeprevalens (39). Industrielt fremstilt MME ble introdusert i Norge i 1963. På den tiden ble kun 40 prosent av spedbarn på 3 måneder ammet. Man tror derfor at kumelk blandet med vann ble gitt til de fleste 3-12 måneder gamle norske barn i store deler av 1960-årene (15). Etter 1970, da ammingen fortsatt var på bunnivå og kun en tredjedel av barna ved 3 måneders alder fikk morsmelk, ble det sett systematisk på flere faktorer og faser av svangerskap, fødsel og barsel, for å kartlegge hva som hindret etablering av en god og vedvarende ammepraksis. En rekke tiltak, både nasjonalt og internasjonalt (beskrevet nærmere i avsnitt 1.9), gjorde at ammetallene igjen økte (38). Selv om Norge i dag er et av de landene i verden med høyest prevalens av amming, er det enda langt igjen før målet om fullamming er nådd

(9). De fleste andre land i verden er også langt unna å følge anbefalingen om fullamming til 6 måneders alder (40).



Figur 1. Prosent ammende mødre i Norge ved henholdsvis 1 uke, 3 mnd, 6 mnd, 9 mnd, 12 mnd og 18 mnd etter fødselen i perioden 1858-1998. Hentet fra Eide og medforfattere (38, 41).

1.3 Fast føde

Dagens anbefaling innebærer at spedbarnet, i annet levehalvår, gradvis bør venns til et variert kosthold med bruk av forskjellige matvarer og retter, slik at behovet for energi og næringsstoffer dekkes (15). Det anbefales at introduksjon av fast føde skjer gradvis, mens barnet fortsatt ammes. Nye matvarer bør introduseres en og en med små smaksporsjoner i starten. Etter hvert kan mengdene økes. Morsmelk bør gis først i måltidet frem til man ønsker å trappe ned på ammingen, slik at melkeproduksjonen opprettholdes. Tilleggskosten bør gi ekstra energi og jern, og spedbarnsmat bør vanligvis ikke tilsettes salt eller sukker. Kumelk som drikke og i grøt bør ikke gis før barnet er 12 måneder gammelt. Rundt 10 måneders alder kan mindre mengder kumelk brukes i matlagingen og barnet kan få noe yoghurt og syrnet melk (11, 15). Cøliaki er

en immunmediert reaksjon på gluten som gir permanent glutenintoleranse. De som utvikler cøliaki har en genetisk disposisjon for sykdommen. For å forebygge utvikling av cøliaki anbefales det at glutenholdige matvarer introduseres gradvis ”under en paraply av morsmelk” mens barnet fortsatt ammes (42) og at barnet kun får små mengder glutenholdige matvarer den første tiden (15).

Bakgrunnen for at norske helsemyndigheter fraråder å introdusere fast føde tidligere enn ved 4 måneders alder er at barnet ikke er fysiologisk modent til å innta fast føde før denne alderen. Blant annet er nyrene ikke modne nok til å tåle den ekstra belastningen som tilførsel av fast føde representerer (21, 43, 44). I litteraturen er det også beskrevet andre mulige uheldige konsekvenser av for tidlig introduksjon av fast føde. Blant annet er introduksjon av fast føde før 4 måneders alder vist å kunne øke risikoen for fedme i barndommen, hjerte- og karsykdom (29), matvareallergier (45) og insulinavhengig diabetes hos barn som er disponerte (46). En nylig publisert prospektiv kohortstudie av nesten 1000 spedbarn som ble fulgt fra fødsel og opp til 5 års alder (the Finnish Type 1 Diabetes Prediction and Prevention study) (47) fant imidlertid at sen introduksjon av fast føde var assosiert med økt risiko for utvikling av allergi, og at introduksjon av fast føde før 6 måneders alder reduserer risikoen for senere allergi (47).

1.4 Kosttilskudd

Vitamin D er nødvendig for oppbygging og opprettholdelse av skjelettet, for normal kalsiumabsorpsjon, regulering av kalsiumnivået i blodet og for normal kalsium-reabsorpsjon i nyrene (15). Ved vitamin D-mangel blir mineraliseringen av benvev mangelfull. Hos barn vil alvorlig vitamin D-mangel føre til rakitt (deformering av skjelettet). Vitamin D-nivået hos nyfødte avhenger av morens vitamin D-status. I løpet av de første 6 leveukene er det et raskt fall i 25-OH-vitamin D-nivået til det nivået som ses ved rakitt (48). Vitamin D-innholdet i morsmelk er omkring 0,6-1,3 µg vitamin D-metabolitter per liter (49). Et fullammet spedbarn vil derfor ikke få mer

enn maksimalt 1 µg vitamin D per dag fra 750 ml morsmelk. Tilsvarende mengde MME vil gi rundt 7,5 µg vitamin D per dag (15). Morsmelk inneholder altså ikke nok vitamin D til å forhindre rakitt i fravær av eksponering for sollys (15, 50), selv ikke dersom moren tar vitamin D-tilskudd (51). Soleksponering har en markant effekt på spedbarns vitamin D-status og tilskudd vil ikke være nødvendig ved tilstrekkelig soleksponering. Ved nordlige breddegrader, som her i Norge, er det imidlertid nødvendig med tilskudd av vitamin D for å forsikre at barnet ikke utvikler rakitt (52). En finsk kohortstudie av Hyppönen og medforfattere blant over 10 000 barn har også vist at tilskudd av vitamin D i spedbarnstiden reduserer risiko for type 1 diabetes (53).

Det anbefales derfor at alle spedbarn i Norge bør få tilskudd av vitamin D daglig fra de er 4 uker gamle. Tran anbefales, men vitamin D-dråper kan brukes som et alternativ. Det er spesielt viktig med vitamin D-tilskudd for brysternærte barn som får lite sollys. Anbefalt daglig inntak for sped- og småbarn er 10 µg vitamin D, som dekkes av 5 ml tran eller 5 vitamin D-dråper. I løpet av de 6 første levemånedene anbefales en gradvis introduksjon av tran fra 2,5 ml til 5 ml per dag (11, 15). For de fleste friske spedbarn er det ikke behov for tilskudd av andre vitaminer eller mineraler enn vitamin D (11).

1.5 Hvem følger anbefalingene for spedbarnsernæring?

En rekke internasjonale studier har vist at flere bakgrunnsfaktorer hos både barn og foreldre kan påvirke grad av fullamming (54), etablering og varighet av amming (55, 56), ved hvilken alder fast føde introduseres (54, 57), samt inntak av vitamin D (58). En amerikansk oversiktsartikkel fra 2009 av Thulier og Mercer (56) identifiserer en rekke faktorer som er forbundet med ammevarighet. Artikkelen deler faktorene inn i demografiske, biologiske, sosiale og psykologiske faktorer. Faktorer hos mor som etnisitet, alder, sivil status, utdanning, inntekt, røyking, antall barn, arbeidssituasjon samt helseproblemer hos barn eller mor, fødselsmetode, melkeproduksjon og mødrenes intensjoner, selvfølelse og mestringsevne i forhold til ammingen er vist å

påvirke ammevarighet (56). Også matvaner mor selv hadde da hun var spedbarn (59) samt faktorer hos far som utdannelse (60, 61), arbeidsløshet og negative holdninger til amming er også vist å være korrelert til etablering og varighet av amming (59). I Vest-Europa og andre industrialiserte land har grupper med høy sosioøkonomisk status (SØS) den høyeste prevalensen av ammede spedbarn (62, 63), mens det motsatte er vist å være tilfelle i utviklingsland (63), eksempelvis i Asia og Argentina (64, 65).

Når det gjelder fast føde viste en amerikansk oversiktsartikkel av Wijndale og medforfattere at determinanter for tidlig introduksjon av fast føde var lav alder, lav utdannelse og røyking hos mor, ikke-ammende mødre og manglende informasjon og råd fra helsetjenesten (57). Det er vist at norske spedbarn med høy ponderal indeks (PI) (kg/m^3) blir introdusert for fast føde tidligere enn spedbarn med normal PI (66). En australsk studie viste at gutter ble introdusert for fast føde tidligere enn jenter (67).

Inntak og tilskudd av vitamin D blant spedbarn er også vist å være assosiert med flere faktorer. En studie fra 2006 blant over 200 finske spedbarn (the Finnish Type 1 Diabetes Prediction and Prevention Nutrition Study) viste at inntak av vitamin D var assosiert med faktorer som antall barn i familien og mors alder (58).

Studier med en noe annen tilnærming har vist at i tillegg til sosiale og demografiske faktorer, som er sterke predikatorer for amming og introduksjon av fast føde, kan komplekse psykososiale variabler som kunnskap, holdninger og oppfatninger være viktigere og mer modifiserbare determinanter for spedbarns matvaner (68, 69). Slike determinanter vil imidlertid ikke analyseres nærmere i denne masteroppgaven.

1.6 Tiltak for å fremme amming og etablere gode kostvaner

I Norge har en rekke ledd i helsetjenesten ansvar for å ivareta sped- og småbarnsernæring og amming; svangerskapsomsorgen, føde- og barselavdelinger, helsestasjoner, fastleger, neonatalavdelinger og barneavdelinger. Helsestasjonen har

en særlig viktig rolle på grunn av den tette og tidlige kontakten med familien, spesielt i barnets første leveår. Dermed har helsestasjonen stor betydning i arbeidet med å fremme amming og etablere gode kostvaner tidlig (9). Problemer med ammingen har ofte sammenheng med dårlig eller manglende hjelp i startfasen. Dette kan føre til at mødre mister troen på egen evne til å lage nok eller fullgod melk (70). I Norge har man et mål om at mødre skal ha tilgang på kunnskapsbasert rådgivning, slik at de kan amme med minst mulig problemer og ikke slutter å amme på grunn av manglende hjelp og støtte (9). Gode, praktiske råd og oppmuntring fra sykehus, helsestasjon og fra positive, erfarne personer i nærmiljøet er ofte avgjørende for en vellykket amming (70). Imidlertid kan det være flere grunner til at kvinner ikke ammer eller slutter å amme på et tidlig stadium. Dersom barnet ikke ammes skal foreldrene få god veiledning i bruk av MME (9).

WHO anbefaler at hvert land oppretter et nasjonalt ressurscenter for amming som arbeider i forhold til helsetjenesten. I Norge finnes ”Nasjonalt kompetansesenter for amming” som arbeider med å fremme amming og kunnskap om morsmelk blant helsepersonell, foreldre, myndigheter og media. Senterets oppgave er å styrke kompetansen og gi råd til helsetjenesten (71). Den frivillige organisasjonen ”Ammehjelpen” har mødre som målgruppe og har stor betydning for å sikre grunnleggende kunnskap i befolkningen om amming (72).

”Mor-barn-vennlig initiativ” (MBVI) er en norsk oppfølging av WHO/UNICEFs ”Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI) som ble lansert i 1991 (73). BFHI er et globalt tiltak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn. WHO har, på bakgrunn av forskning og erfaring, satt opp ti krav som en føde/barselavdeling må innfri for at den skal kunne erklæres Mor-barn-vennlig. I Norge ble MBVI implementert i 1993 og Nasjonalt kompetansesenter for amming ved Rikshospitalet er ansvarlig for oppfølgingen (10). I 2007 ble omkring 90 prosent av alle norske barn født på et Mor-barn-vennlig sykehus (9). Fra flere land, deriblant Norge, er det rapportert at initiativet har bidratt til økt ammeforekomst. Økningen i andel spedbarn som ble fullammet og ammet i perioden 1992 til 1997 ble i en norsk studie av

Andreassen og medforfattere foreslått trolig å ha årsak i implementeringen av MBVI (74). Arbeid for innføring av MBVI også på helsestasjoner oppgis i Departementenes handlingsplan "Oppskrift for et sunnere kosthold" å være en viktig strategi, blant annet for å utjevne sosiale forskjeller i amming (9).

Norge har i dag svært gode ordninger for svangerskapspermisjon. I 1998 var stønadsperioden på 42 uker med 100 prosent dekningsgrad, eller 52 uker ved 80 prosent dekningsgrad (personlig meddelelse, Helle Sterling SSB). I 2006 hadde familien krav på 44 uker med full lønn, eller 54 uker med 80 prosent lønn. For barn født etter 1. juli 2009 er stønadsperioden tilsvarende 46 eller 56 uker (75). For å ha rett på foreldrepenger må imidlertid mor ha vært yrkesaktiv i minst seks av de ti siste månedene før stønadsperioden tar til. Dersom mor ikke har tjent opp retten til foreldrepenger kan hun få engangsstønad ved fødsel. I 1998 utgjorde engangsstønaden 32 138 kr (76) og i 2006 utgjorde den 33 584 kr per barn (77). Per i dag er satsen på 35 263 kr per barn (78).

1.6.1 Informasjonsmateriell

Flere brosjyrer til foreldre og helsepersonell er utarbeidet av Hdir, og deles i dag ut hos fastleger, på føde- og barselavdelinger, i barneavdelinger og på helsestasjoner. Disse brosjyrene er: "Anbefalinger for spedbarnsernæring" (15) som deles ut til helsepersonell, og "Mat for spedbarn" (11) og "Hvordan du ammer ditt barn" (10) som deles ut til spedbarnsforeldre. Til helsepersonell distribueres også nyhetsbrevet "Småfakta", som inneholder informasjon om sped- og småbarnsernæring. "Småfakta" ble utgitt første gang i 2003 (79). Informasjonsmateriell om amming og sped- og småbarnsernæring er svært etterspurt av foreldre og helsetjeneste, og dette er viktige verktøy og hjelpemidler for å oppnå sunne kostvaner blant sped- og småbarn (9). Skriftlig informasjon, i form av bøker og brosjyrer, ble i en australsk studie blant mødre til 9 måneder gamle spedbarn vist å være den informasjonskilden som ble oppgitt av flest mødre å være den viktigste ved valg av matvarer til barna (80).

“Hvordan du ammer ditt barn”

”Hvordan du ammer ditt barn” ble utgitt første gang i 1968 og var basert på forfatterens selvopplevde erfaringer med manglende praktiske ammekunnskaper hos norske mødre og helsearbeidere. Brosjyren er skrevet av mødre for mødre. Målet med brosjyren har vært at alle førstegangsfødende kvinner i Norge skal få hvert sitt eksemplar så tidlig som mulig i ammeperioden (10). Det anbefales at brosjyren deles ut på svangerskapskontrollen. De kvinnene som ikke har mottatt brosjyren på svangerskapskontroll eller på barselavdelingen bør senest får tilbud om den på helsesøsters hjemmebesøk etter hjemkomst fra barsel (70). Heftet er revidert i samsvar med de nye anbefalingene for spedbarnsernæring fra 2001 (10).

“Mat for spedbarn”

”Mat for spedbarn” er utarbeidet med nybakte foreldre som målgruppe og ble utgitt første gang tidlig på 90-tallet (11). Brosjyren inneholder, i tillegg til informasjon om amming, også informasjon om MME, fast føde og annen tilleggskost (70). Spedbarnsforeldre har ofte mange spørsmål om amming og mat til spedbarnet. Heftet er ment å være en støtte gjennom barnets første leveår, da grunnlaget for barnets matglede, matlyst og gode spisevaner dannes. Råd, inspirasjon og alderstilpassede oppskrifter er inkludert i heftet. Heftet er revidert i samsvar med de nye anbefalingene for spedbarnsernæring fra 2001 (11).

1.7 Trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn

Med de nye anbefalingene for spedbarnsernæring, tiltak for å fremme amming og etablere gode kostvaner, samt økt fokus på betydningen av spedbarnsernæring for fremtidig helse i flere nasjonale og internasjonale dokumenter de siste årene, er det viktig å kartlegge trend over tid i norske spedbarns kosthold.

Analyser av bakgrunnsfaktorer for spedbarn og spedbarnsforeldre, sett i sammenheng med anbefalingene for spedbarnsernæring, kan kartlegge om det er spesielle

kjennetegn ved de som følger versus de som ikke følger anbefalingene for spedbarnsernæring.

Det har ikke blitt gjort noen evaluering av informasjonsmateriellet som deles ut til spedbarnsforeldre tidligere. Denne masteroppgaven presenterer analyser av mottak og opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell rettet mot spedbarnsforeldre, samt om det er assosiasjoner mellom bakgrunnsfaktorer hos spedbarn og foreldre og mottak og opplevd nytteverdi av brosjyrene. Anbefalinger for spedbarnsernæring undersøkes også i sammenheng med selvrapportert nytteverdi av informasjonsbrosjyrene.

2. MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

2.1 Mål

Hovedmålet med masteroppgaven er å studere trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn i Norge. Videre er hensikten å undersøke hva som kjennetegner de som følger anbefalingene for spedbarnsernæring. Deretter vil det beskrives hvem som opplever informasjonsmateriell om spedbarnsernæring som nyttig og hvem som ikke har sett eller mottatt informasjonsmateriell, samt om det er noen sammenheng mellom selvrapportert nytteverdi av informasjonsmateriell og i hvilken grad anbefalingene for spedbarnsernæring følges. Til slutt vil det undersøkes hvor mange som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring og hva slags informasjon som ønskes.

2.2 Problemstillinger

- Har det skjedd noen endringer i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn fra 1998 til 2006?
 - Med fokus på fullamming, amming, fast føde og vitamin D/annet kosttilskudd.
- Hvem er de som følger anbefalingene for spedbarnsernæring?
 - Hvilke bakgrunnsfaktorer¹ er assosiert med de som følger anbefalingene for fullamming, amming, introduksjon av fast føde og vitamin D/annet kosttilskudd versus de som ikke følger anbefalingene?
- Har norske spedbarnsforeldre sett/mottatt informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” og hvilken nytteverdi opplever foreldrene at brosjyrene har?

- Hvem er de som opplever informasjonsmateriellet som svært nyttig/nyttig og hvem er de som ikke har sett/mottatt brosjyrene?
 - Hvilke bakgrunnsfaktorer¹ er assosiert med å oppleve brosjyrene som svært nyttig/nyttig?
 - Hvilke bakgrunnsfaktorer¹ er assosiert med ikke å ha sett/mottatt brosjyrene?
 - Er det noen assosiasjon mellom opplevd nytteverdi av brosjyrene og hvem som følger anbefalingene for spedbarnsernæring?
- Ønsker norske spedbarnsforeldre mer informasjon om spedbarnsernæring og i tilfelle hva slags informasjon søker de?

¹ Bakgrunnsfaktorer inkludert i analysene er: barnets kjønn, barnets fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdannelse, mors arbeidssituasjon før fødsel, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status.

3. UTVALG OG METODER

3.1 Utvalg

SSB sto for utvalgstrekking til begge Spedkost-undersøkelsene. Det ble vurdert at et bruttoutvalg på 3000 barn var nødvendig for å oppnå landsrepresentative utvalg (7). Kun barn av mødre født i Norge eller andre skandinaviske land ble inkludert i studiene. Barn av mødre født i land utenom Skandinavia ble ikke inkludert fordi det ble vurdert at egne undersøkelser var nødvendig for å beskrive kostholdet i disse gruppene. Hvis barnet var tvilling eller trilling skulle kun det eldste barnet være med (8, 12). Utvalgene besto av alle spedbarn født i Norge i treukersperiodene fra 27.april-17.mai 1998 og 17.april-8.mai 2006. Kostholdet til spedbarn født i april og mai ble antatt stort sett å være likt kostholdet til spedbarn født andre tider på året (8, 12). Barna som deltok i Spedkost 6 måneder 1998 og 2006 ble fulgt opp ved 12 måneders alder. Data fra Spedkost 12 måneder er ikke inkludert i denne masteroppgaven.

3.2 Etikk og tillatelser

Undersøkelsene ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Foreldrene ga skriftlig samtykke til å delta i undersøkelsene (8, 12).

3.3 Design

Spedkost - 6 måneder 1998 og Spedkost - 6 måneder 2006 er begge første del av to longitudinelle studier, da de samme spedbarna følges opp ved 12 måneders alder. Kun data fra Spedkost - 6 måneder er inkludert i denne masteroppgaven, og studiene blir dermed å betrakte som repeterte tverrsnittstudier i denne sammenheng. Repeterte tverrsnittstudier anvendes for å studere endring over tid (81).

Datainnsamlingen ble gjennomført i oktober til desember 1998 og oktober til november 2006. Barnas mødre fikk tilsendt invitasjonsbrev og spørreskjema (vedlegg 1 og 2) 2 uker før barnet var 6 måneder gammelt. Barnets mor, far eller annen omsorgsperson ble bedt om å fylle ut skjemaet så nært opp mot barnets 6 måneders dag som mulig. Ferdig utfylt spørreskjema skulle returneres i en frankert svarkonvolutt. I 2006 fikk respondentene, i motsetning til i 1998, mulighet til å besvare undersøkelsen elektronisk ved bruk av QuestBack®. Dette ble gjort for å øke muligheten for en høyest mulig deltakerprosent. Imidlertid var det kun en andel på 15 prosent som valgte å benytte seg av dette alternativet. Deltakerprosenten totalt var 80 prosent i 1998 og 66 prosent i 2006 (8, 12).

Alle deltakerne i utvalget fikk tilsendt et kombinert takke- og påminningsbrev, og etter dette en purring med spørreskjemaet vedlagt. De som ikke hadde fylt ut opplysninger om barnets vekt og lengde ble tilskrevet for å få påført disse dataene på eget ark. Deltakere som returnerte spørreskjemaet i utfylt stand var med i trekningen av 5 gavekort à kr 2000,- i 1998, og 10 pengepremier à kr 5000,- og 10 pengepremier à kr 10.000,- i 2006 (8, 12).

Alle helsestasjoner i Norge fikk informasjonsbrev om Spedkost i forkant av undersøkelsene. De fikk spørreskjemaet til orientering og en plakat om Spedkost til å henge opp på helsestasjonen som påminning og motivasjon til foreldrene (8, 12).

3.4 Metode

3.4.1 Spørreskjema

Et semi-kvantitativt matvarefrekvensskjema (SFFQ) som skulle beskrive kostholdet fra fødsel og opp til 6 måneders alder ble benyttet i begge undersøkelsene (vedlegg 1 og 2). I et SFFQ skal frekvens av inntak oppgis i form av standard porsjonsstørrelser som er definert av forskerne (6). Det var imidlertid kun tre spørsmål i Spedkost 1998 og fire spørsmål i Spedkost 2006 som inkluderte mengdeangivelser. De fleste andre

spørsmålene inkluderte kun frekvenser og ikke mengder. Kostholdet skulle beskrives slik det vanligvis er og foreldrene skulle forsøke å ha de siste 14 dagene i tankene og angi et "gjennomsnitt" av barnets kosthold. Skjemaene inneholdt bakgrunnsspørsmål om barnet, spørsmål om barnets kosthold (inkludert ammespørsmål) og bruk av kosttilskudd, spørsmål om tilgang til og opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell og bakgrunnsspørsmål om barnets mor i 1998 og barnets mor og far i 2006 (8, 12). Bakgrunnsspørsmålene omfattet, ved begge studietidspunkt, når barnet var født i forhold til ultralydstermin, antall barn mor hadde født, mors utdanning, mors arbeidssituasjon før barnet ble født, mors familiesituasjon, røyking under svangerskapet, røyking når barnet var 6 måneder gammelt og astma og allergi i familien. I 2006 inngikk også spørsmål om barnets kjønn og mors alder (denne informasjonen ble i 1998 gitt fra SSB), fars utdanning og om barnet oppholdt seg i rom hvor noen røyker. For å kunne sammenligne resultatene fra begge studiene er kun bakgrunnsspørsmål om barnets mor inkludert i analysene i denne masteroppgaven. Spørsmålene som omhandlet informasjon om spedbarnsernæring inkluderte hvor spedbarnsforeldrene hadde fått informasjon om amming/spedbarnsernæring, hvordan de vurderte denne informasjonen, om foreldrene ønsket mer informasjon om spedbarnsernæring og hva slags informasjon de i tilfelle ønsket. Det var flere avkrysningsalternativer for hvor foreldrene hadde fått informasjon om spedbarnsernæring i 2006, sammenlignet med i 1998. Blant annet var flere Internettsider (Mattilsynet, Sosial- og helsedirektoratet, Matportalen og andre), oppgitt som svaralternativer. I 1998 var det imidlertid flere avkrysningsalternativer for hvilke tema foreldrene ønsket mer informasjon om, sammenlignet med i 2006.

Matvarefrekvensskjemaet ble testet i en pilotstudie blant 53 spedbarn som var 6 måneder gamle, og revidert før bruk i Spedkost 1998-undersøkelsen (8). I Spedkost 2006-undersøkelsen ble spørreskjemaet fra 1998 benyttet som utgangspunkt. Det ble oppdatert og deretter på ny testet i en pilotstudie blant 130 spedbarn som var 6 måneder gamle. Etter pilotstudien ble noen endringer i skjemaet foretatt (12). I forhold til skjemaet fra 1998 ble 2006-skjemaet oppdatert, blant annet med hensyn til introduksjonstidspunkt for vann, endringer i form av færre eller flere

avkrysningsalternativer på enkelte spørsmål og rekkefølgen for frekvenser av mat- og drikkevarer ble snudd. Spørsmål om fars utdannelse og om barnet oppholder seg i rom hvor noen røyker ble også tatt med (8, 12).

Det endelige SFFQ fra 1998 omfattet 40 spørsmål og var på 12 sider, mens det endelige SFFQ fra 2006 inkluderte 42 spørsmål og var på 18 sider. Spørsmålene som omhandlet amming ved 6 måneders alder gikk på om barnet fikk morsmelk og hvor ofte barnet fikk morsmelk per døgn. For spørsmål om bruk av fast føde ved 6 måneders alder, ble fast føde definert som alle andre matvarer enn vann, melk, saft, annen drikke og kosttilskudd. Fast føde inkluderte velling, selv om denne var tyntflytende (8, 12). For kostholdet fra fødsel og opp til 6 måneders alder ble det spurt om hvor gammelt barnet var 1) da det sluttet å få morsmelk, 2) da det begynte med MME/annen melk, 3) da det begynte med saft, juice eller lignende, 4) da det fikk fast føde for første gang og 5) da det fikk tilskudd av vitamin D eller annet kosttilskudd for første gang. I 2006 ble det også spurt om hvor gammelt barnet var da det første gang fikk vann, noe som ikke ble spurt om i 1998. Spørsmål om kosttilskudd var noe ulikt i de to spørreskjemaene. I 1998 ble det spurt om hvor gammelt barnet var da det fikk tran eller annet kosttilskudd for første gang, mens det i 2006 ble spurt om første gang barnet fikk vitamin D-tilskudd. Svarene ble gitt i uker frem til og med 7 ukers alder og i halve måneder fra 2 måneders alder (8, 12).

Dataene ga ikke mulighet for å beregne det totale energi- og næringsstoffinntaket, da det kun ble spurt om mengdeangivelser for enkelte mat- og drikkevarer. Mengde morsmelk som ble inntatt ble det heller ikke spurt om.

3.4.2 Andre data

Utvalget til undersøkelsen ble trukket av SSB på bakgrunn av barnets fødselsdato. Fra SSB fikk man i tillegg informasjon om barnets kjønn, mors alder og mors sivilstand i 1998, og landsdelstilhørighet og bostedstype for barnet og foresatte i 1998 og 2006 (8, 12).

3.4.3 Kontroll av utfylte skjema

I 1998 ble mer enn én avkrysning korrigert til høyeste alternativ når markeringene sto ved siden av hverandre. Dersom det var et åpent alternativ mellom dobbeltmarkeringer, ble det korrigert til dette alternativet. Ved to åpne alternativer i mellom ble det korrigert til det høyeste åpne alternativet (8). I 2006 var hovedregelen at doble avkrysninger skulle fjernes og noteres på et prekodet ark der ID-nummer var registrert. Unntak fra dette var: Mer enn én avkrysning for alder ved ammeslutt ble korrigert til høyeste alternativ når markeringene sto ved siden av hverandre, mens mer enn én avkrysning for alder ved introduksjon av en matvare ble korrigert til laveste alternativ. Dersom det var ett åpent alternativ mellom kryssene, ble avkrysningen korrigert til det åpne alternativet. Mer enn én avkrysning for mors og fars utdannelsesnivå ble korrigert til høyeste alternativ (12).

3.5 Databehandling og statistikk

I 1998 hadde SSB hovedansvar for optisk lesing av spørreskjemaene og etablering av rådatafiler (12, 82). I 2006 ble papirversjonen av spørreskjemaene skannet i Teleform (8.0), mens de spørreskjemaene som ble besvart elektronisk ble direkte importert i SPSS (8, 12).

Statistiske analyser i masteroppgaven er utført med bruk av statistikkpakken SPSS, versjon 16.0 og PASW Statistics, versjon 18.0. Alle p-verdier gitt i oppgaven er tosidige, og et 5 % signifikansnivå er benyttet.

3.5.1 Beskrivelse av studiepopulasjonene

Bakgrunnsfaktorer ved utvalgene i Spedkost 1998 og Spedkost 2006 er presentert som kategoriske variabler og er oppgitt som andeler i prosent. Andeler er beregnet ut i fra antall som har svart på spørsmålet. Forskjeller i andeler for de ulike bakgrunnsfaktorene mellom deltakerne i Spedkost 1998 og Spedkost 2006 er testet med kji-kvadrat test.

3.5.2 Trend over tid i spedbarnas kosthold

Fullamming, amming og fast føde i første levehalvår, tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, samt introduksjonstidspunkt for fast føde og vitamin D/annet kosttilskudd er oppgitt som andeler i prosent. Forskjeller i andeler mellom de to Spedkost-undersøkelsene er testet statistisk med kji-kvadrat test.

Definisjon av ammevariabler

Amming er i analysene klassifisert som fullamming eller amming. Definisjonene for disse begrepene er i følge WHO (83):

- Fullammede (eksklusivt ammede) spedbarn får *kun* morsmelk (inkludert utpumpet morsmelk eller melk fra morsmelksbank) og eventuelle kosttilskudd i tillegg til morsmelken.
- Ammede spedbarn inkluderer spedbarn som får morsmelk, enten alene eller sammen med annen mat og/eller drikke.

Definisjonen for fullamming var ikke den samme i 2006 som den var i 1998. I 1998 inkluderte begrepet ”fullamming” både morsmelk, vann og eventuelle kosttilskudd, mens det i 2006 kun inkluderte morsmelk og eventuelle kosttilskudd. Sammenligning av data for fullamming mellom de to Spedkost-undersøkelsene må derfor gjøres med forsiktighet (8, 12).

3.5.3 Hvem følger anbefalingene for spedbarnsernæring?

Multippel logistisk regresjon er benyttet for å undersøke forholdet mellom utvalgte anbefalinger for spedbarnsernæring og en rekke bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre. Avhengige variabler som benyttes i analysene er: ammeslutt før 4 måneder, fullamming ved 4 måneder, fullamming ved 5,5 måneder, amming ved 6 måneder, introduksjon av fast føde før 4 måneder, introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 uker og tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder.

Variablene ble kodet til dikotome variabler hvor ”nei” ble kodet til 0 og ”ja” ble kodet

til 1. En rekke bakgrunnsfaktorer ble inkludert i analysene som uavhengige variabler: barnets kjønn, barnets fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon før fødsel, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status. Variablene ble kategorisert og kodet likt i Spedkost 1998 og Spedkost 2006 slik at de ble sammenlignbare.

- Mors alder var opprinnelig en kontinuerlig variabel, men ble kategorisert i tre kategorier; *<25 år, 25-34 år og ≥35 år*.
- Fødselsvekt var opprinnelig en kontinuerlig variabel, men ble kategorisert i tre kategorier; *<2500 g, 2500-3999 g og ≥4000 g*.
- Antall barn var opprinnelig kategorisert i fire kategorier, men ble slått sammen til tre kategorier; *1 barn, 2 barn og ≥3 barn*.
- Mors utdanning var opprinnelig inndelt i syv kategorier i 1998 og åtte kategorier i 2006, men begge ble kodet til tre kategorier: *≤10 år, 11-12 år og ≥13 år*.
- Mors arbeidssituasjon før barnet ble født var opprinnelig inndelt i ti kategorier, men ble slått sammen til tre kategorier; *utearbeidende heltid, utearbeidende deltid og annet*. ”Annet” inkluderte hjemmearbeidende, sykemeldt før hun ble gravid, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev, arbeidsledig og annet. Sykemeldinger i forbindelse med svangerskapet skulle ikke regnes med.
- Røyking var opprinnelig kategorisert i fire kategorier, men ble omkodet til to kategorier; *Ja og Nei*.
- For landsdel ble kategoriene ”Hedmark og Oppland” og ”Østlandet ellers” slått sammen til Østlandet, og seks kategorier ble brukt; *Oslo/Akershus, Østlandet, Agder/Rogaland, Vestlandet, Trøndelag og Nord-Norge*.

- Bostedstype var opprinnelig inndelt i fem kategorier, men ble slått sammen til fire; *<2000 innbyggere, 2000-19 999 innbyggere, 20 000-99 999 innbyggere og $\geq 100\,000$ innbyggere.*
- Sivil status var opprinnelig inndelt i tre kategorier i 1998 og fire kategorier i 2006. Disse ble slått sammen til to kategorier; *Gift/samboer og annet.*

Analysene ble gjort ved først å undersøke effekten av hver av de uavhengige variablene i univariate analyser. Deretter ble alle variabler med $p < 0,10$ i univariat analyse inkludert i multivariat analyse (modell 1). Mors alder og mors utdanning ble imidlertid inkludert i alle analyser uavhengig av signifikansnivå, da disse variablene ble vurdert å være relevante for analysene. Det ble gjort forsøk med å inkludere i endelig modell (modell 2) kun de variabler som hadde et signifikansnivå på $p < 0,05$ i multivariat analyse i modell 1. Disse modellene (modell 2) ble testet med likelihood ratio test for å undersøke om modellen var signifikant forskjellig fra modell 1. De fleste av de endelige modellene (modell 2), med noen unntak, var ikke signifikant forskjellig fra modell 1. Det ble imidlertid vurdert, i samråd med statistiker, at relevant informasjon, som eksempelvis signifikante trender og underkategorier av variablene, forsvant dersom kun variabler med $p < 0,05$ ble inkludert. Resultatene fra regresjonsanalysene er dermed presentert som justert odds ratio (OR), med 95 prosent konfidensintervall (95 % KI) for alle variabler med $p < 0,10$ i univariat analyse. Antall deltakere og prosent som har eller har hatt atferden (den avhengige variabelen) er presentert innen hver kategori av de uavhengige variablene. I både univariat og multivariat analyse ble kun deltakere som hadde fulle data for alle variablene i analysen inkludert. Dette ble gjort for å unngå forskjeller i ujustert og justert OR på grunn av forskjellig utvalgsstørrelse (81). Dette ga et antall på 2152 deltakere i 1998 og 1706 deltakere i 2006.

I forkant av de logistiske regresjonsanalysene ble potensielle korrelasjonseffekter mellom de uavhengige variablene undersøkt. Ideelt sett bør de uavhengige variablene ikke være høyt korrelert til hverandre. Variabler med korrelasjon på mer enn 0,7 bør ikke inkluderes i samme modell (84). Røyking i svangerskapet viste høy grad av

korrelasjon med røyking ved 6 mnd alder både i 1998 og i 2006 . Derfor ble kun røyking ved 6 mnd alder inkludert i modellen. Alle de andre uavhengige variablene hadde en korrelasjon på $<0,42$.

Test for trend innen kategorier ble utført ved å behandle de kategoriske variablene som kontinuerlige.

For analysene med fullamming ved 5,5 måneders alder som avhengig variabel ble rekkefølgen på kategoriene innenfor mors alder og mors utdanning snudd; de eldste mødrene (≥ 35 år) og høyeste utdanningskategori (≥ 13 år) ble brukt som referansegrupper, i motsetning til laveste aldersgruppe (≤ 24 år) og laveste utdanningskategori (≤ 10 år) for de andre analysene. Dette ble gjort slik at ikke statistisk styrke skulle bli svekket på grunn av for få deltakere i referansegruppen.

Interaksjonseffekter

Interaksjonseffekter ble vurdert i foreliggende studie og ble funnet å være i samsvar med hva som tidligere er beskrevet for studiepopulasjonene i Spedkost 1998 og Spedkost 2006. Lande og medforfattere fant i 1998 en interaksjon mellom barnets kjønn og mors utdannelse, med større effekt av barnets kjønn på introduksjonstidspunkt for fast føde blant mødre i laveste utdanningskategori, sammenlignet med mødre i høyeste utdanningskategori (85). For fullamming ved 4 måneders alder fant Kristiansen og medforfattere i 2006 en tendens til sterkere effekt av mors alder på antall barn i de laveste alderskategoriene, sammenlignet med høyeste alderskategori. For amming ved 6 måneders alder fant man en tendens til sterkere effekt av mors alder på spedbarnets fødselsvekt blant mødre i aldersgruppen 25-34 år, sammenlignet med de to andre alderskategoriene (≤ 24 år og ≥ 35 år). Det ble også funnet en tendens til sterkere effekt av røyking blant mødre i laveste utdanningskategori, sammenlignet med kategoriene med høyere utdanning for amming ved 6 måneders alder (86).

3.5.4 Informasjonsmaterieill

Mottak av informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” er både i Spedkost 1998 og i Spedkost 2006 oppgitt som andeler i prosent. Det samme er opplevd nytteverdi av brosjyrene. Forskjeller mellom Spedkost 1998 og Spedkost 2006, i henhold til mottak og opplevd nytteverdi av brosjyrene, er testet statistisk ved bruk av χ^2 -kvadrat test.

Hvem er de som opplever informasjonsmateriellet som svært nyttig/nyttig og hvem har ikke mottatt brosjyrene?

Multippel logistisk regresjon er benyttet for å undersøke de som opplevde informasjonsbrosjyrene som svært nyttig/nyttig i henhold til bakgrunnsfaktorer ved spedbarn og foreldre. De som oppga ikke å ha sett/mottatt informasjonsmateriellet er analysert på samme måte.

Avhengige variabler som benyttes i analysene er: opplever ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig, opplever ”Mat for spedbarn” som svært nyttig/nyttig, har ikke sett/mottatt ”Hvordan du ammer ditt barn” og har ikke sett/mottatt ”Mat for spedbarn”. Variablene ble kodet til dikotome variabler hvor ”nei” ble kodet til 0 og ”ja” ble kodet til 1.

Uavhengige variabler var de samme som i avsnitt 3.5.3; barnets kjønn, barnets fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon før fødsel, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status. Analysene ble gjort på samme måte som beskrevet i avsnitt 3.5.3. Antall inkluderte deltakere som hadde fulle data for alle variabler i analysene for opplevd nytteverdi var 1031 i 1998 og 1126 i 2006. For mottak av brosjyrene var antall inkluderte deltakere 1822 i 1998 og 1696 i 2006.

Anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene

Sammenhengen mellom ammeslutt før 4 måneder, amming ved 6 måneder, fullamming ved 4 måneder, fullamming ved 5,5 måneder, introduksjon av fast føde

før 4 måneder, introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 uker og tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, og opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene er fremstilt grafisk for både Spedkost 1998 og Spedkost 2006. Opplevd nytteverdi var opprinnelig fordelt på fire kategorier, men ble kategorisert i to kategorier; *svært nyttig/nyttig* og *lite nyttig/unyttig*. Forskjeller i opplevd nytteverdi av brosjyrene i henhold til anbefalingene er testet med kji-kvadrat test.

For å justere for mulige konfunderende faktorer ble også multippel logistisk regresjonsanalyse benyttet for å undersøke utvalgte anbefalinger for spedbarnsernæring i sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn”. Avhengige variabler var: ammeslutt før 4 måneder, fullamming ved 4 måneder, amming ved 6 måneder, fullamming ved 5,5 måneder, introduksjon av fast føde før 4 måneder, introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 uker og tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. Uavhengige variabler var opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” og opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn”, justert for kjønn, fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status. Mottak av ”Hvordan du ammer ditt barn” og mottak av ”Mat for spedbarn” var opprinnelig også ment å inkluderes som uavhengige variabler. Mottak viste imidlertid høy grad av korrelasjon med opplevd nytteverdi og ble dermed ekskludert fra modellene. Analysene ble gjort på samme måte som beskrevet i avsnitt 3.5.3. Antall inkluderte deltakere som hadde fulle data for alle variabler i analysene var 1029 i 1998 og 1112 i 2006.

3.5.5 Andel foreldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring

Andel foreldre som ønsket mer informasjon om spedbarnsernæring er oppgitt som andeler i prosent for både Spedkost 1998 og Spedkost 2006. Hvilke tema de ønsket mer informasjon om er også presentert og oppgitt i form av andeler i prosent som ønsket mer informasjon om hvert tema. Det var mulig å krysse av for flere tema. I

spørreskjemaet fra 1998 var det flere avkrysningsalternativer enn i skjemat fra 2006. ”Hvordan barnet skal begynne med fast føde” og ”Fett i spedbarnsmaten” var avkrysningsalternativer i 1998, men ikke i 2006. Disse ble dermed inkludert i kategorien ”Annet” slik at dataene ble mer sammenlignbare for 1998 og 2006.

4. Resultater

4.1 Beskrivelse av studiepopulasjonene

I Spedkost 1998 ble det totalt mottatt utfylte spørreskjema for 2383 spedbarn (80 %).

I Spedkost 2006 deltok 1986 spedbarn, noe som tilsvarer en lavere deltakerprosent (66 %) enn i 1998. De aller fleste spørreskjemaene (93 %) ble i både 1998 og 2006 fylt ut av barnets mor.

Tabell 1 viser karakteristika for spedbarn og foreldre som deltok i Spedkost 1998 og Spedkost 2006. Det var flere signifikante forskjeller mellom deltakerne i Spedkost 1998 og Spedkost 2006. Det var signifikant flere mødre på 35 år eller eldre i 2006 og signifikant flere mødre yngre enn 25 år i 1998. En signifikant større andel mødre hadde høyere utdanning i 2006 og flere var utarbeidende på heltid før svangerskapet i 2006, sammenlignet med i 1998. Signifikant færre mødre røyket i 2006, sammenlignet med 1998. Et høyere antall av deltakerne var bosatt i byer og tettbygde strøk med over 100 000 innbyggere i 2006, mens det i 1998 var flere som bodde på steder med færre enn 2000 innbyggere. Det var på grensen til signifikante forskjeller i fordelingen av fødselsvekter mellom de to ulike studietidspunktene ($p=0,05$), med en noe høyere andel spedbarn med fødselsvekt over 4000 gram i 1998, sammenlignet med i 2006.

Tabell 1. Bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre som deltok i Spedkost 1998 og Spedkost 2006

	Spedkost 1998 (n=2383)		Spedkost 2006 (n=1986)		p-verdi ¹
	n	%	n	%	
Kjønn (gutt)	1254	53	993	50	0,10
Fødselsvekt					0,05
<4000 g	590	25	433	22	
2500-3999 g	1700	71	1473	74	
<2500 g	77	3	74	4	
Mors alder					<0,001
≤24 år	334	14	201	10	
25-34 år	1656	70	1331	68	
≥35 år	393	16	420	21	
Ant barn mor har født					0,001
1 barn	948	40	802	41	
2 barn	861	36	790	40	
≥3barn	568	24	385	19	
Mors utdannelse					<0,001
≤10 år	289	13	104	5	
11-12 år	970	42	594	31	
≥13 år	1038	45	1245	64	
Mors arbeidssituasjon					<0,001
Heltid	1326	59	1260	66	
Deltid	505	22	358	19	
Annet ²	428	19	301	16	
Røyking					<0,001
Ja	652	27	296	15	
Nei	1728	73	1637	85	
Landsdel					0,18
Oslo/Akershus	507	21	469	24	
Østlandet ellers	559	24	487	25	
Agder/Rogaland	367	15	312	16	
Vestlandet	451	19	349	18	
Trøndelag	226	10	172	9	
Nord-Norge	273	12	196	10	
Bostedstype					0,001
<2000	839	35	558	29	
2000-19 999	537	23	457	24	
20000-99 999	333	14	273	14	
≥100 000	674	28	610	32	
Sivil status					0,08
Gift/samboer	2251	95	1883	96	
Annet	129	5	84	4	

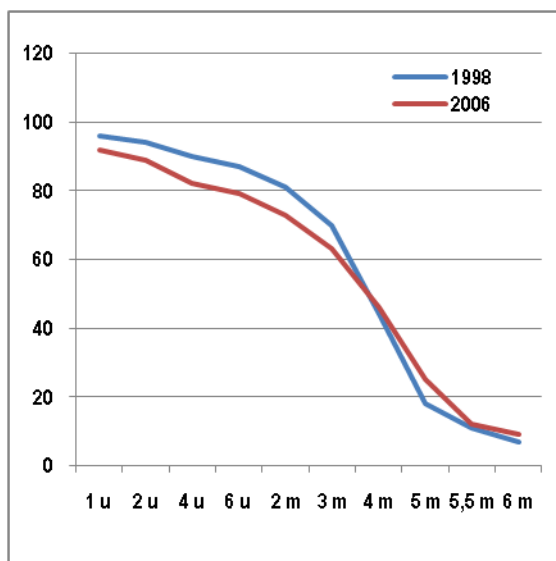
¹ Testet med kji-kvadrat test² Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

Uthevede tall representerer signifikante funn

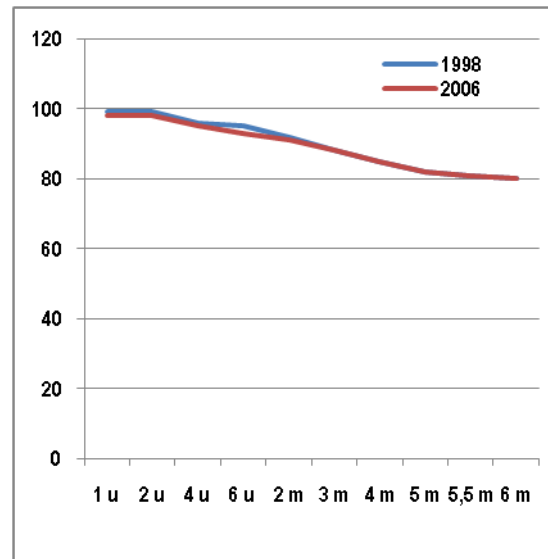
4.2 Trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn

Andel fullammede (**figur 2.1**), andel ammede (**figur 2.2**), andel som får fast føde (**figur 2.3**) og introduksjonstidspunkt for vitamin D/annet kosttilskudd (**figur 2.4**) i 1998 og i 2006 er fremstilt grafisk i **figur 2**. Figurene illustrerer forskjeller i andeler som følger enkelte av anbefalingene for spedbarnsernæring mellom de to ulike studietidspunktene. Disse resultatene er beskrevet nærmere i avsnitt 4.2.1 til 4.2.4.

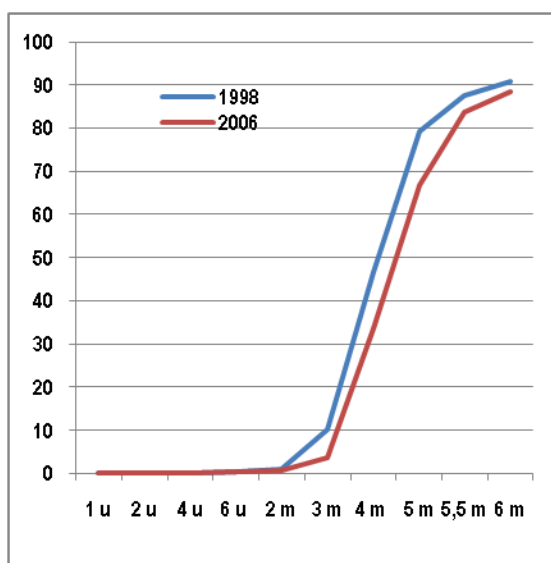
2.1 Andel fullammede spedbarn



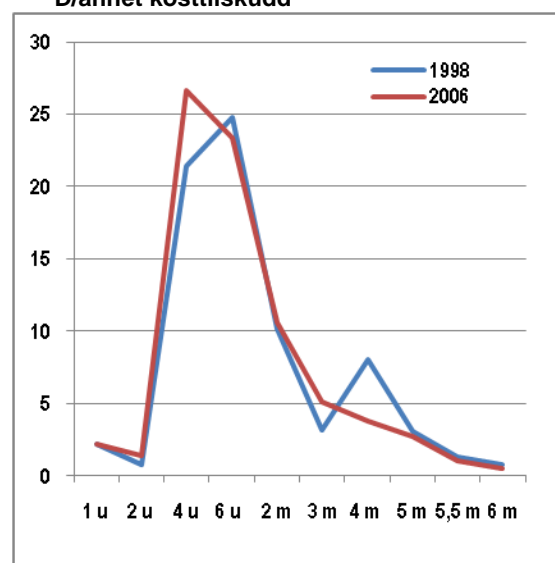
2.2 Andel ammede spedbarn



2.3 Andel spedbarn som får fast føde



2.4 Introduksjonstidspunkt for vitamin D/annet kosttilskudd



Figur 2. Trend over tid for utvalgte anbefalinger for spedbarnsernæring i Spedkost 1998 (andel fullammede: n=2382; andel ammede: n=2382, andel som får fast føde: n=2154; introtidspkt.vit D: n=2096) og Spedkost 2006 (andel fullammede: n=1986; andel ammede: n=1986, andel som får fast føde: n=1747; introtidspkt.vit D: n=1727)

4.2.1 Fullamming

De aller fleste spedbarna ble fullammet de første leveukene ved begge studietidspunkt (**tabell 2**). Andelen fullammede spedbarn falt imidlertid begge år til under 50 prosent ved 4 måneders alder. Ved 6 måneders alder var det under 10 prosent som ble fullammet ved begge studietidspunkt. Det var flere signifikante forskjeller mellom andel fullammede i Spedkost 1998 og Spedkost 2006. Signifikant flere barn ble fullammet ved 1, 2, 4 og 6 ukers alder samt ved 2 og 3 måneders alder i 1998, sammenlignet med i 2006. Det var imidlertid signifikant flere fullammede spedbarn ved 5 og 6 måneders alder i 2006, sammenlignet med i 1998.

Tabell 2. Andel (%) av spedbarna som fullammes første levehalvår

	Spedkost 1998 (n=2383)		Spedkost 2006 (n=1986)		p-verdi ¹
	n	%	n	%	
1 uke	2286	96	1821	92	<0,001
2 uker	2245	94	1766	89	<0,001
4 uker	2138	90	1631	82	<0,001
6 uker	2063	87	1564	79	<0,001
2 mnd	1932	81	1452	73	<0,001
3 mnd	1675	70	1253	63	<0,001
4 mnd	1049	44	909	46	0,25
5 mnd	435	18	495	25	<0,001
5,5 mnd	253	11	245	12	0,08
6 mnd	178	7	187	9	0,021

¹ Testet med kji-kvadrat test

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.2.2 Amming

Som **tabell 3** viser, ble de fleste spedbarn ammet de første leveukene både i 1998 og i 2006. Størstedelen (80 %) av spedbarna ble ammet frem mot 6 måneders alder ved begge studietidspunkt. Det var signifikant færre som ble ammet ved 1, 2, 4 og 6 ukers alder i 2006 enn hva som var tilfelle i 1998.

Tabell 3. Andel (%) av spedbarna som ammes første levehalvår

	Spedkost 1998 (n=2383)		Spedkost 2006 (n=1986)		p-verdi ¹
	n	%	n	%	
1 uke	2362	99	1953	98	0,020
2 uker	2352	99	1936	98	0,003
4 uker	2298	96	1885	95	0,013
6 uker	2264	95	1853	93	0,016
2 mnd	2196	92	1810	91	0,23
3 mnd	2104	88	1749	88	0,82
4 mnd	2021	85	1686	85	0,94
5 mnd	1959	82	1632	82	0,98
5,5 mnd	1928	81	1611	81	0,86
6 mnd	1914	80	1589	80	0,80

¹Testet med kji-kvadrat test

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.2.3 Fast føde

Introduksjonstidspunkt for fast føde er vist i **tabell 4** og andelen spedbarn som får fast føde fra 3 til 6 måneders alder er vist i **tabell 5**. Majoriteten av spedbarna ble introdusert for fast føde i alderen mellom 4 og 5,5 måneder ved begge studietidspunkt. Nesten en fjerdedel av deltakerne introduserte fast føde før 4 måneders alder i 1998, mens andelen var redusert til omkring en åttendedel i 2006. Det var signifikant flere som introduserte fast føde før 4 måneders alder i 1998 sammenlignet med i 2006 (tabell 4). Det var signifikant lavere andeler som fikk fast føde ved 3, 4, 5,5 og 6 måneders alder i 2006, sammenlignet med i 1998 (tabell 5). Nesten halvparten fikk fast føde ved 4 måneders alder i 1998, mens andelen i 2006 var omkring en tredjedel. Ved 6 måneders alder fikk mer enn 90 prosent fast føde i 1998, mens 88 prosent fikk fast føde i 2006.

Tabell 4. Introduksjonstidspunkt (andeler i %) for fast føde

	Spedkost 1998 (n=2154) ¹		Spedkost 2006 (n=1747) ²		p-verdi ³
	n	%	n	%	
<4 mnd	509	24	217	12	<0,001
4-5,5 mnd	1579	73	1443	83	
≥6 mnd	66	3	87	5	

¹ 229 hadde ikke svart på spørsmålet om når de hadde introdusert fast føde i 1998² 239 hadde ikke svart på spørsmålet om når de hadde introdusert fast føde i 2006³ Testet med kji-kvadrat test

Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 5. Andeler (%) som får fast føde

	Spedkost 1998 (n=2383)		Spedkost 2006 (n=1986)		p-verdi ¹
	n	%	n	%	
3 mnd	243	10	75	4	<0,001
4 mnd	1114	47	665	34	<0,001
5,5 mnd	2088	88	1660	84	<0,001
6 mnd	2167	91	1754	88	<0,001

¹ Testet med kji-kvadrat test

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.2.4 Vitamin D/annet kosttilskudd

I overkant av 80 prosent fikk tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder både i Spedkost 1998 og i Spedkost 2006 (**tabell 6**). Det var ingen signifikant forskjell mellom studietidspunktene. Andelen som fulgte anbefalingen om introduksjon ved 4 ukers alder var imidlertid i underkant av en femtedel i 1998 og i underkant av en fjerdedel i 2006. Det var signifikant flere foreldre som introduserte spedbarnet sitt for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder i 2006, sammenlignet med i 1998. Flere introduserte vitamin D etter 6 ukers alder i 1998, sammenlignet med 2006 (tabell 6).

Tabell 6. Introduksjonstidspunkt for vitamin D/annet kosttilskudd, samt andel som får vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 mnd alder

	Spedkost 1998 (n=2096) ¹		Spedkost 2006 (n=1727) ²		p-verdi ³
	n	%	n	%	
<4 uker	91	4	100	5	<0,001
4 uker	449	19	459	23	
5-6 uker	631	27	537	27	
Etter 6 uker	925	39	1727	32	0,12
Får ved 6 mnd	1927	81	1632	83	

¹ 287 hadde ikke svart på spørsmålet om når tran/annet kosttilskudd ble introdusert

² 259 hadde ikke svart på spørsmålet om når vitamin D-tilskudd ble introdusert

³ Testet med kji-kvadrat test

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.3 Hvem følger anbefalingene for spedbarnsernæring?

Resultater fra logistiske regresjonsanalyser viser hvilke bakgrunnsfaktorer i forhold til både spedbarn og foreldre som var assosiert med å følge utvalgte anbefalinger for spedbarnsernæring i Spedkost 1998 og i Spedkost 2006.

4.3.1 Faktorer forbundet med fullamming

Fullamming ved 4 måneders alder

I 1998 viste univariate analyser at kjønn, fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med å fullamme ved 4 måneders alder. I multivariat analyse var alle faktorene bortsett fra landsdel og sivil status signifikante (**tabell 7**). Gutter hadde 26 prosent lavere odds for å bli fullammet ved 4 måneders alder, sammenlignet med jenter. En signifikant trend ble funnet for fødselsvekt, der oddsen for fullamming var redusert ved lavere fødselsvekt. Det ble også funnet en signifikant trend for mors alder, antall barn, mors utdanning og bostedstype, med økende odds for henholdsvis høyere alder, flere barn, høyere utdanning og høyere innbyggerantall. Oddsen for å fullamme ved 4 måneders alder var nesten 60 prosent lavere for røykende mødre, sammenlignet med ikke-røykende mødre.

I 2006 viste univariate analyser at kjønn, fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med å fullamme ved 4 måneders alder, hvorav fødselsvekt, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon og røyking var signifikante variabler i multivariat analyse (tabell 7). Fødselsvekt på under 2500 gram var forbundet med lavere odds for fullamming ved 4 måneders alder, sammenlignet med fødselsvekt på over 4000 gram. En signifikant positiv trend ble funnet for antall barn, der mødre med tre barn eller flere hadde nesten doblet odds for å fullamme ved 4 måneders alder, sammenlignet med mødre med ett barn. Også for mors utdanning ble det funnet en positiv trend, der mødre med utdannelse på 13 år eller mer hadde nesten tre ganger så høy odds for å fullamme spedbarnet sitt ved 4 måneders alder, sammenlignet med mødre med utdannelse på ti år eller mindre. Mødre som ikke var utearbeidende før fødsel og røykende mødre hadde henholdsvis 36 og 46 prosent lavere odds for fullamming ved 4 måneders alder, sammenlignet med henholdsvis mødre som var utearbeidende på heltid før fødsel og ikke-røykende mødre.

Fullamming ved 5,5 måneders alder

I 1998 viste univariate analyser at kjønn, fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med å fullamme når spedbarnet var 5,5 måneder gammelt. Av disse var kjønn, antall barn, mors utdanning og røyking signifikante variabler i multivariat analyse (**tabell 8**).

Oddsene for å bli fullammet ved 5,5 måneders alder var redusert med 33 prosent dersom barnet var gutt, sammenlignet med dersom barnet var jente. En signifikant trend med økende odds for økende antall barn ble funnet og mødre med 3 barn eller flere hadde nesten doblet odds for å fullamme spedbarnet sitt ved 5,5 måneders alder, sammenlignet med mødre med ett barn. For utdanning var det også en signifikant trend, der oddsene for fullamming var nesten halvert for laveste utdanningskategori (≤ 10 år), sammenlignet med høyeste utdanningskategori (≥ 13 år). Røykende mødre hadde nesten 60 prosent lavere odds for å fullamme ved 5,5 måneders alder, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Bostedstype var ikke signifikant i

multivariat analyse, men en signifikant trend ble imidlertid funnet. Mors alder var heller ikke signifikant i multivariat analyse, men en signifikant sammenheng ble funnet for mødre yngre enn 25 år. Disse hadde 55 prosent lavere odds for å fullamme spedbarnet sitt ved 5,5 måneders alder, sammenlignet med mødre på 35 år eller eldre.

Mors alder, antall barn, mors utdanning og røyking var signifikant assosiert med fullamming ved 5,5 måneders alder i univariate analyser fra 2006, hvorav mors alder og røyking viste en signifikant sammenheng i multivariat analyse (tabell 8). En signifikant trend ble funnet for mors alder, der lavere alder ga lavere odds for fullamming. Mødre på 24 år eller yngre hadde 80 prosent lavere odds for å fullamme spedbarnet sitt ved 5,5 måneders alder, sammenlignet med mødre på 35 år eller eldre. Røykende mødre hadde omkring 60 prosent lavere odds for å fullamme ved 5,5 måneders alder, sammenlignet med ikke-røykende mødre.

Tabell 7. Justert OR med 95 % KI for fullamming ved 4 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Fullamming ved 4 måneders alder			
	1998	2006	1998	2006
	(n=2152) n (%) ¹	(n=1706) n (%) ¹	(n=2152) OR (95 % KI) ²	(n=1706) OR (95 % KI) ²
Kjønn				
Jente	485 (48)	424 (50)	1,00	1,00
Gutt	480 (42)	377 (44)	0,74 (0,61-0,89)	0,82 (0,63-1,07)
Fødselsvekt				
>4000 g	278 (51)	180 (48)	1,00	1,00
2500-3999 g	666 (43)	600 (48)	0,77 (0,62-0,95)	1,06 (0,76-1,46)
<2500 g	21 (30)	21 (31)	0,49 (0,28-0,87)	0,45 (0,24-0,82)
<i>p for trend</i>			0,003	0,25
Mors alder				
≤24 år	65 (23)	34 (22)	1,00	1,00
25-34 år	701 (46)	558 (48)	1,68 (1,20-2,34)	1,69 (0,96-2,68)
≥35 år	199 (56)	209 (55)	1,97 (1,31-2,95)	1,17 (0,83-1,66)
<i>p for trend</i>			0,002	0,09
Ant barn				
1	320 (37)	260 (39)	1,00	1,00
2	369 (47)	364 (52)	1,36 (1,09-1,69)	1,18 (0,87-1,59)
3 el flere	276 (54)	177 (53)	1,93 (1,48-2,51)	1,94 (1,26-3,00)
<i>p for trend</i>			<0,001	0,005
Mors utdanning				
≤10 år	69 (28)	22 (24)	1,00	1,00
11-12 år	335 (37)	181 (36)	1,31 (0,94-1,83)	1,72 (1,03-2,88)
≥13 år	561 (56)	598 (54)	2,10 (1,50-2,94)	2,95 (1,74-5,01)
<i>p for trend</i>			<0,001	<0,001
Mors arb.situasjon				
Heltid	—	551 (49)	—	1,00
Deltid		146 (47)		0,92 (0,64-1,33)
Annet ³		104 (40)		0,63 (0,44-0,90)
Røyking ved 6 mnd				
Nei	816 (51)	744 (51)	1,00	1,00
Ja	149 (27)	57 (22)	0,41 (0,32-0,51)	0,54 (0,39-0,75)
Landsdel				
Oslo/Akershus	249 (53)	228 (54)	1,00	1,00
Østlandet	193 (39)	168 (40)	0,74 (0,53-1,04)	0,71 (0,44-1,15)
Agder/Rogaland	151 (45)	135 (52)	0,94 (0,67-1,31)	1,10 (0,67-1,81)
Vestlandet	196 (48)	138 (47)	1,03 (0,75-1,40)	0,68 (0,43-1,07)
Trøndelag	90 (45)	61 (42)	0,81 (0,56-1,17)	0,85 (0,50-1,49)
Nord-Norge	86 (37)	71 (42)	0,71 (0,48-1,05)	1,08 (0,59-1,98)
Bostedstype				
<2000	305 (41)	197 (40)	1,00	1,00
2000-19 999	214 (44)	185 (45)	1,11 (0,87-1,42)	1,01 (0,71-1,45)
20 000-99 999	118 (41)	110 (44)	1,13 (0,83-1,54)	0,83 (0,55-1,26)
≥100 000	328 (53)	309 (56)	1,39 (1,05-1,84)	1,15 (0,75-1,76)
<i>p for trend</i>			0,001	0,28
Sivil status				
Gift/samboer	944 (46)	783 (48)	1,00	1,00
Ikke gift/samboer	21 (23)	18 (26)	0,61 (0,36-1,05)	0,69 (0,39-1,23)

¹ Antall barn som fullammes ved 4 mnd alder innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen³ Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 8. Justert OR med 95 % KI for fullamming ved 5,5 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Fullamming ved 5,5 måneders alder			
	1998	2006	1998	2006
	(n=2152)	(n=1706)	(n=2152)	(n=1706)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Kjønn				
Jente	129 (13)	—	1,00	—
Gutt	111 (10)	—	0,67 (0,51-0,89)	—
Fødselsvekt				
>4000 g	78 (14)	—	1,00	—
2500-3999 g	155 (10)	—	0,69 (0,51-0,93)	—
<2500 g	7 (10)	—	0,83 (0,36-1,92)	—
<i>p for trend</i>			0,037	
Mors alder				
≥35 år	56 (16)	5 (3)	1,00	1,00
25-34 år	174 (12)	134 (11)	0,89 (0,62-1,27)	0,57 (0,41-0,54)
≤24 år	10 (4)	75 (20)	0,45 (0,21-0,97)	0,20 (0,08-0,54)
<i>p for trend</i>			0,07	<0,001
Ant barn				
1	67 (8)	62 (9)	1,00	1,00
2	97 (12)	97 (14)	1,51 (1,07-2,13)	1,40 (0,99-1,97)
3 el flere	76 (15)	55 (16)	1,95 (1,31-2,90)	1,44 (0,95-2,20)
<i>p for trend</i>			<0,001	0,07
Mors utdanning				
≥13 år	154 (15)	5 (6)	1,00	1,00
11-12 år	71 (8)	52 (10)	0,62 (0,45-0,85)	0,89 (0,63-1,25)
≤10 år	15 (6)	157 (14)	0,54 (0,30-0,97)	0,53 (0,21-1,36)
<i>p for trend</i>			0,001	0,12
Røyking ved 6 mnd				
Nei	212 (13)	201 (14)	1,00	1,00
Ja	28 (5)	13 (5)	0,40 (0,26-0,61)	0,39 (0,22-0,70)
Landsdel				
Oslo/Akershus	69 (15)	—	1,00	—
Østlandet	40 (8)	—	0,61 (0,36-1,04)	—
Agder/Rogaland	39 (12)	—	0,91 (0,56-1,48)	—
Vestlandet	48 (12)	—	0,93 (0,59-1,48)	—
Trøndelag	22 (11)	—	0,78 (0,46-1,34)	—
Nord-Norge	22 (9)	—	0,80 (0,44-1,47)	—
Bostedstype				
<2000	71 (9)	—	1,00	—
2000-19 999	48 (10)	—	1,00 (0,67-1,49)	—
20 000-99 999	31 (11)	—	1,32 (0,81-2,15)	—
≥100 000	90 (15)	—	1,31 (0,87-1,99)	—
<i>p for trend</i>			0,008	
Sivil status				
Gift/samboer	236 (12)	—	1,00	—
Ikke gift/samboer	4 (4)	—	0,64 (0,23-1,83)	—

¹ Antall barn som fullammes ved 5,5 mnd alder innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.3.2 Faktorer forbundet med amming

Ammeslutt før 4 måneders alder

Univariate analyser fra 1998 viste at fødselsvekt, mors alder, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med å slutte å amme før barnet var 4 måneder gammelt. I justert analyse slo fødselsvekt, mors alder, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel og bostedstype ut som signifikante variabler (**tabell 9**). Barn med fødselsvekt under 2500 gram hadde over firedoblet odds for å slutte å amme før de var 4 måneder gamle, sammenlignet med barn med fødselsvekt over 4000 gram. Både for mors alder og mors utdanning ble det funnet en signifikant trend, der henholdsvis økende alder og økende utdannelse var forbundet med lavere odds for ammeslutt før 4 måneders alder. Mødre på 35 år eller eldre hadde omkring 50 prosent lavere odds og mødre med utdanning på 13 år eller mer hadde omkring 40 prosent lavere odds, sammenlignet med henholdsvis mødre yngre enn 25 år og mødre med utdanning på 10 år eller mindre for ammeslutt før 4 måneders alder. Mødre som ikke var utearbeidende før fødsel hadde 65 prosent høyere odds for å avslutte ammingen før 4 måneder, sammenlignet med mødre som hadde vært utearbeidende på heltid. Røykende mødre hadde over tre ganger så høy odds, sammenlignet med ikke-røykende mødre for å avslutte ammingen før 4 måneders alder. Mødre bosatt i byer og tettbygde strøk med over 100 000 innbyggere hadde omkring 50 prosent lavere odds for ammeslutt før 4 måneders alder, sammenlignet med mødre bosatt i områder med færre enn 2000 innbyggere.

Ujusterte analyser fra 2006 viste at fødselsvekt, mors alder, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med ammeslutt før 4 måneders alder. I multivariat analyse var fødselsvekt, mors alder, mors utdanning, røyking og bostedstype signifikante variabler (tabell 9). Som i 1998 hadde barn med fødselsvekt under 2500 gram nesten fire ganger så høy odds for ammeslutt før 4 måneders alder, sammenlignet med barn som veide over 4000 gram

ved fødsel. En signifikant trend ble også i 2006 funnet for både mors alder og mors utdanning. Økende alder og økende utdanningslengde var forbundet med lavere odds for ammeslutt før 4 måneders alder. Eksempelvis hadde mødre på 35 år eller eldre 50 prosent lavere odds og mødre med utdanning på 13 år eller mer omkring 70 prosent lavere odds for ammeslutt før 4 måneders alder, sammenlignet med henholdsvis mødre yngre enn 25 år og mødre med utdanning på 10 år eller mindre. Røykende mødre hadde nesten tre ganger høyere odds, sammenlignet med ikke-røykende mødre, for å avslutte ammingen før 4 måneders alder. Mødre bosatt i byer og tettbygde strøk med over 100 000 innbyggere hadde også i 2006 omkring 50 prosent lavere odds for ammeslutt før 4 måneders alder, sammenlignet med mødre bosatt i områder med færre enn 2000 innbyggere.

Amming ved 6 måneders alder

I 1998 viste univariate analyser at fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med å amme ved 6 måneders alder. I multivariat analyse var fødselsvekt, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking og bostedstype signifikant assosiert med amming ved 6 måneders alder (**tabell 10**). Oddsen for å bli ammet ved 6 måneders alder var omkring 80 prosent lavere for barn med fødselsvekt under 2500 gram, sammenlignet med barn som veide over 4000 gram ved fødsel. En signifikant trend ble funnet for antall barn og mors utdanning, der økende antall barn og økende utdanningsvarighet var forbundet med høyere odds for å amme ved 6 måneders alder. Mødre med tre barn eller flere hadde 63 prosent høyere odds for å amme ved 6 måneders alder, sammenlignet med mødre med ett barn og mødre i høyeste utdanningskategori (≥ 13 år) hadde over dobbelt så høy odds for å amme ved 6 måneders alder, sammenlignet med mødre i laveste utdanningskategori (≤ 10 år). Mødre som jobbet deltid eller som ikke var utearbeidende før fødsel hadde lavere odds for å amme ved 6 måneders alder, sammenlignet med mødre som jobbet heltid før fødsel. Mødre som røyket ved 6 mnd alder hadde nesten 70 prosent lavere odds, sammenlignet med ikke-røykende mødre for å amme ved denne alderen.

Variabelen landsdel var ikke signifikant i multivariat analyse, men det ble imidlertid funnet en signifikant sammenheng ($p=0,015$) der spedbarn bosatt på Vestlandet hadde over 70 prosent høyere odds for å bli ammet ved 6 måneders alder, sammenlignet med spedbarn bosatt i Oslo/Akershus. Det ble funnet en signifikant positiv trend for bostedstype. Mødre bosatt på steder med 100 000 innbyggere eller flere hadde over 70 prosent høyere odds for å amme spedbarnet sitt ved 6 måneders alder, sammenlignet med mødre bosatt på steder med færre enn 2000 innbyggere.

I 2006 viste univariate analyser at fødselsvekt, mors alder, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med å amme ved 6 måneders alder. I multivariat analyse var fødselsvekt, mors utdanning og røyking signifikante variabler (tabell 10). Oddsen for å amme ved 6 måneders alder var 75 prosent lavere dersom barnets fødselsvekt var under 2500 gram, sammenlignet med over 4000 gram. Mødre som røyket ved 6 måneders alder hadde omkring 70 prosent lavere odds for å amme ved 6 måneders alder, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Det var en signifikant positiv trend for mors utdanning med økende odds for høyere utdanning. Mødre med utdannelse på 13 år eller lengre hadde over dobbelt så høy odds, sammenlignet med mødre med utdannelse på ti år eller kortere, for å amme ved 6 måneders alder. Det ble funnet en signifikant positiv trend for bostedstype.

Tabell 9. Justert OR med 95 % KI for ammeslutt før 4 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Ammeslutt før 4 måneders alder			
	1998	2006	1998	2006
	(n=2152)	(n=1706)	(n=2152)	(n=1706)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Fødselsvekt				
>4000 g	56 (10)	37 (10)	1,00	1,00
2500-3999 g	167 (11)	142 (11)	0,94 (0,67-1,32)	1,04 (0,69-1,55)
<2500 g	28 (39)	19 (28)	4,59 (2,48-8,50)	3,87 (1,96-7,63)
<i>p for trend</i>			0,006	0,014
Mors alder				
≤24 år	61 (22)	45 (29)	1,00	1,00
25-34 år	163 (11)	117 (10)	0,66 (0,45-0,96)	0,51 (0,32-0,81)
≥35 år	27 (8)	36 (10)	0,47 (0,27-0,81)	0,50 (0,29-0,87)
<i>p for trend</i>			0,002	0,022
Mors utdanning				
≤10 år	65 (27)	29 (32)	1,00	1,00
11-12 år	130 (15)	93 (18)	0,70 (0,48-1,03)	0,65 (0,38-1,13)
≥13 år	56 (6)	76 (7)	0,38 (0,24-0,59)	0,31 (0,18-0,55)
<i>p for trend</i>			<0,001	<0,001
Mors arb.situasjon				
Heltid	116 (9)	106 (9)	1,00	1,00
Deltid	59 (12)	42 (14)	1,13 (0,79-1,63)	1,07 (0,70-1,63)
Annet ³	76 (19)	50 (19)	1,65 (1,15-2,36)	1,34 (0,88-2,06)
Røyking ved 6 mnd				
Nei	111 (7)	123 (9)	1,00	1,00
Ja	140 (25)	75 (29)	3,46 (2,57-4,65)	2,91 (2,04-4,16)
Landsdel				
Oslo/Akershus	41 (9)	35 (8)	1,00	1,00
Østlandet	82 (16)	69 (17)	1,09 (0,65-1,85)	1,47 (0,83-2,61)
Agder/Rogaland	36 (11)	28 (11)	0,62 (0,35-1,10)	0,93 (0,51-1,70)
Vestlandet	41 (10)	32 (11)	0,61 (0,36-1,04)	0,90 (0,51-1,60)
Trøndelag	22 (11)	11 (8)	0,89 (0,48-1,63)	0,62 (0,29-1,34)
Nord-Norge	29 (12)	23 (14)	0,66 (0,36-1,23)	1,02 (0,52-2,02)
Bostedstype				
<2000	105 (14)	69 (14)	1,00	1,00
2000-19 999	69 (14)	59 (14)	1,10 (0,77-1,57)	1,13 (0,79-1,63)
20 000-99 999	38 (13)	32 (13)	1,00 (0,65-1,53)	0,92 (0,58-1,44)
≥100 000	39 (6)	38 (7)	0,48 (0,31-0,73)	0,47 (0,29-0,77)
<i>p for trend</i>			0,001	<0,001
Sivil status				
Gift/samboer	24 (26)	180 (11)	1,00	1,00
Ikke gift/samboer	227 (11)	18 (26)	0,75 (0,43-1,32)	1,40 (0,80-2,47)

¹ Antall barn som sluttet å amme før 4 mnd alder innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen³ Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 10. Justert OR med 95 % KI for amming ved 6 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Ammer ved 6 måneders alder			
	1998	2006	1998	2006
	(n=2152)	(n=1706)	(n=2152)	(n=1706)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Fødselsvekt				
>4000 g	461 (85)	309 (82)	1,00	1,00
2500-3999 g	1253 (82)	1050 (83)	0,89 (0,67-1,18)	1,18 (0,86-1,62)
<2500 g	35 (49)	37 (55)	0,21 (0,12-0,38)	0,25 (0,14-0,45)
<i>p for trend</i>			0,001	0,052
Mors alder				
≤24 år	189 (68)	106 (68)	1,00	1,00
25-34 år	1255 (58)	969 (83)	1,38 (0,97-1,97)	1,24 (0,81-1,90)
≥35 år	305 (86)	321 (85)	1,44 (0,88-2,36)	1,39 (0,85-2,28)
<i>p for trend</i>			0,11	0,73
Ant barn				
1	679 (79)	—	1,00	—
2	639 (81)		1,09 (0,82-1,45)	
3 el flere	431 (85)		1,63 (1,12-2,37)	
<i>p for trend</i>			0,015	
Mors utdanning				
≤10 år	158 (64)	57 (63)	1,00	1,00
11-12 år	693 (77)	368 (73)	1,34 (0,95-1,88)	1,18 (0,71-1,97)
≥13 år	898 (89)	971 (88)	2,18 (1,49-3,17)	2,37 (1,40-4,00)
<i>p for trend</i>			<0,001	<0,001
Mors arb.situasjon				
Heltid	1075 (84)	954 (84)	1,00	1,00
Deltid	381 (79)	250 (80)	0,72 (0,53-0,97)	1,07 (0,75-1,53)
Annet ³	293 (74)	192 (73)	0,64 (0,46-0,87)	0,73 (0,51-1,05)
Røyking ved 6 mnd				
Nei	1390 (87)	1241 (86)	1,00	1,00
Ja	359 (64)	155 (60)	0,32 (0,25-0,41)	0,33 (0,24-0,45)
Landsdel				
Oslo/Akershus	397 (84)	367 (87)	1,00	1,00
Østlandet	281 (76)	316 (75)	1,04 (0,68-1,61)	0,67 (0,41-1,08)
Agder/Rogaland	271 (81)	214 (83)	1,38 (0,88-2,16)	0,94 (0,58-1,54)
Vestlandet	346 (84)	245 (84)	1,71 (1,11-2,62)	1,12 (0,70-1,82)
Trøndelag	166 (83)	119 (82)	1,24 (0,76-2,02)	0,87 (0,50-1,53)
Nord-Norge	188 (80)	135 (80)	1,37 (0,83-2,27)	0,92 (0,52-1,63)
Bostedstype				
<2000	590 (78)	374 (77)	1,00	1,00
2000-19 999	395 (81)	336 (81)	1,13 (0,83-1,55)	1,16 (0,82-1,65)
20 000-99 999	227 (78)	201 (80)	1,02 (0,70-1,48)	1,25 (0,82-1,89)
≥100 000	537 (87)	485 (88)	1,73 (1,18-2,53)	1,49 (0,96-2,29)
<i>p for trend</i>			0,002	0,002
Sivil status				
Gift/samboer	1690 (82)	1346 (82)	1,00	1,00
Ikke gift/samboer	59 (63)	50 (71)	0,71 (0,43-1,17)	0,91 (0,50-1,65)

¹ Antall barn som ammes ved 6 mnd alder innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen³ Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.3.3 Faktorer forbundet med introduksjon av fast føde

Introduksjon av fast føde før 4 måneders alder

I 1998 viste univariate analyser at kjønn, mors alder, antall barn, mors utdanning, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var signifikant assosiert med å introdusere fast føde før 4 måneders alder. Av disse var kjønn, mors alder, mors utdanning, røyking, landsdel og bostedstype signifikant i multivariat analyse (**tabell 11**). Gutter hadde nesten 50 prosent høyere odds for å bli introdusert for fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med jenter. For mors alder var det en signifikant trend med lavere odds for økende alder. Mødre i alderen 25-34 år hadde 43 prosent lavere odds og mødre på 35 år eller eldre hadde 65 prosent lavere odds for å introdusere fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med mødre yngre enn 25 år. Mødre med utdannelse på 13 år eller lengre hadde lavere odds for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med mødre med utdannelse på 10 år eller kortere. Røykende mødre hadde nesten dobbelt så høy odds for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Spedbarn bosatt i Nord-Norge hadde over dobbelt så høy odds for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med spedbarn bosatt i Oslo/Akershus. En signifikant trend ble funnet for bostedstype. Spedbarn bosatt på steder med 100 000 innbyggere eller flere hadde 50 prosent lavere odds for å bli introdusert for fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med spedbarn bosatt på steder med mindre enn 2000 innbyggere. Antall barn var ikke signifikant i multivariat analyse, men man fant imidlertid en trend som var på grensen til signifikant ($p=0,055$), der flere barn var forbundet med lavere odds for introduksjon før 4 måneders alder, sammenlignet med ett barn.

Univariate analyser fra 2006 viste signifikante assosiasjoner mellom introduksjon av fast føde før 4 måneders alder og kjønn, mors alder, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status. Av disse var kjønn, mors utdanning, røyking og bostedstype signifikant i multivariat analyse (tabell 11). Gutter hadde mer enn 50 prosent høyere odds for introduksjon av fast føde før 4

måneders alder, sammenlignet med jenter. En signifikant trend ble funnet for mors utdanning, der høyere utdanning ga lavere odds for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder. Mødre med utdanning på 13 år eller mer hadde nesten 50 prosent lavere odds, sammenlignet med mødre med utdanning på 10 år eller mindre.

Røykende mødre hadde doblet odds, i forhold til ikke-røykende mødre, for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder. Også for bostedstype var det en signifikant trend med lavere odds for introduksjon av fast føde ved høyere antall innbyggere. Foreldre bosatt i byer og tettbygde strøk med 100 000 innbyggere eller flere hadde omkring 70 prosent lavere odds for å introdusere barnet sitt for fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med foreldre bosatt på steder med færre enn 2000 innbyggere. Variabelen antall barn var ikke signifikant i multivariat analyse, imidlertid ble det funnet en signifikant trend der flere barn var forbundet med lavere odds for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder. Foreldre med to barn hadde også signifikant lavere odds, sammenlignet med foreldre med ett barn, for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder.

Tabell 11. Justert OR med 95 % KI for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Introduksjon av fast føde før 4 måneders alder			
	1998	2006	1998	2006
	(n=2152)	(n=1706)	(n=2152)	(n=1706)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Kjønn				
Jente	119 (12)	74 (9)	1,00	1,00
Gutt	132 (12)	104 (12)	1,46 (1,17-1,83)	1,54 (1,11-2,15)
Mors alder				
≤24 år	61 (22)	41 (26)	1,00	1,00
25-34 år	163 (11)	109 (9)	0,57 (0,41-0,80)	0,62 (0,38-1,01)
≥35 år	27 (8)	28 (7)	0,35 (0,22-0,56)	0,56 (0,29-1,07)
<i>p for trend</i>			<0,001	0,08
Ant barn				
1	114 (13)	88 (13)	1,00	1,00
2	88 (11)	60 (9)	0,90 (0,69-1,18)	0,68 (0,47-0,99)
3 el flere	49 (10)	30 (9)	0,77 (0,56-1,08)	0,62 (0,37-1,04)
<i>p for trend</i>			0,055	0,023
Mors utdanning				
≤10 år	65 (27)	21 (23)	1,00	1,00
11-12 år	130 (15)	77 (15)	1,04 (0,74-1,46)	0,81 (0,45-1,47)
≥13 år	56 (6)	80 (7)	0,64 (0,44-0,93)	0,53 (0,28-0,99)
<i>p for trend</i>			0,001	0,006
Mors arb.situasjon				
Heltid	—	98 (9)	—	1,00
Deltid		35 (11)		1,07 (0,68-1,67)
Annet ³		45 (17)		1,38 (0,89-2,13)
Røyking ved 6 mnd				
Nei	111 (7)	124 (9)	1,00	1,00
Ja	140 (25)	54 (21)	1,95 (1,53-2,49)	2,00 (1,36-2,95)
Landsdel				
Oslo/Akershus	41 (9)	28 (7)	1,00	1,00
Østlandet	82 (16)	54 (13)	1,36 (0,89-2,09)	0,92 (0,50-1,67)
Agder/Rogaland	36 (11)	22 (9)	1,14 (0,74-1,76)	0,76 (0,40-1,45)
Vestlandet	41 (10)	25 (9)	0,82 (0,53-1,26)	0,70 (0,37-1,30)
Trøndelag	22 (11)	17 (12)	1,55 (0,98-2,47)	1,02 (0,51-2,04)
Nord-Norge	29 (12)	32 (19)	2,02 (1,27-3,22)	1,39 (0,73-2,66)
Bostedstype				
<2000	105 (14)	75 (15)	1,00	1,00
2000-19 999	69 (14)	51 (12)	0,78 (0,58-1,04)	0,79 (0,53-1,19)
20 000-99 999	38 (13)	28 (11)	0,82 (0,58-1,16)	0,74 (0,45-1,23)
≥100 000	39 (6)	24 (4)	0,50 (0,35-0,72)	0,29 (0,16-0,52)
<i>p for trend</i>			<0,001	<0,001
Sivil status				
Gift/samboer	24 (26)	16 (23)	1,00	1,00
Ikke gift/samboer	227 (11)	162 (10)	1,10 (0,67-1,82)	1,73 (0,91-3,32)

¹ Antall barn som ble introdusert for fast føde <4 mnd innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen³ Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

– Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.3.4 Faktorer forbundet med tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd

Introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder

I 1998 viste univariate analyser at fødselsvekt, mors alder, antall barn og mors arbeidssituasjon var signifikant assosiert med å introdusere spedbarnet sitt for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder. Kun fødselsvekt og antall barn var signifikante variabler i multivariat analyse (**tabell 12**). Fødselsvekt under 2500 gram var forbundet med nesten 70 prosent lavere odds for å bli introdusert for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder, sammenlignet med spedbarn med over 4000 gram i fødselsvekt. For antall barn var det en signifikant trend med lavere odds for introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd desto flere barn mor hadde født. To barn var forbundet med omkring 50 prosent lavere odds og tre barn eller flere var forbundet med omkring 60 prosent lavere odds for introduksjon ved 4 ukers alder, sammenlignet med ett barn.

Univariate analyser fra 2006 viste at antall barn, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel og bostedstype var signifikant assosiert med å introdusere vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder. Av disse var antall barn, røyking og bostedstype signifikant i multivariat analyse (tabell 12). Som i 1998 var det en signifikant trend med hensyn til antall barn, der det var lavere odds for introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd desto flere barn mor hadde født. Oddsene var imidlertid noe lavere enn i 1998, henholdsvis omkring 20 og 50 prosent lavere odds for 2 eller ≥ 3 barn, sammenlignet med ett barn. Røykende mødre hadde lavere odds for introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder, sammenlignet med mødre som ikke røyket. Spedbarn bosatt i områder med 20 000 – 99 999 innbyggere hadde omkring 70 prosent høyere odds for introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder, sammenlignet med spedbarn bosatt i lavt befolkede områder med færre enn 2000 innbyggere.

Vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder

Mors alder, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status var variabler som i univariate analyser var signifikant assosiert med å få vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder i 1998. Antall barn og røyking var signifikante faktorer i multivariat analyse (**tabell 13**). For antall barn var det en signifikant trend med lavere odds for å motta vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder med økende antall barn. Foreldre med henholdsvis 2 eller ≥ 3 barn hadde 45 og 50 prosent lavere odds for å motta vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med foreldre med ett barn. Røykende mødre hadde lavere odds for å gi spedbarnet sitt vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Variabelen mors alder var ikke signifikant i multivariat analyse, men en signifikant trend ($p=0,010$) var til stede med økende odds for økende alder. Mødre på 35 år eller eldre hadde 80 prosent høyere odds for å gi tilskudd, sammenlignet med mødre yngre enn 25 år. En signifikant positiv trend ($p=0,023$) ble funnet for mors utdanning, men variabelen var ikke signifikant i multivariat analyse. Heller ikke landsdel var en signifikant variabel i multivariat analyse, men for spedbarn bosatt i Trøndelag ble det funnet en signifikant sammenheng ($p=0,019$) med 86 prosent høyere odds for å få vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med spedbarn bosatt i Oslo/Akershus.

Univariate analyser fra Spedkost 2006 viste at fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking, landsdel og bostedstype var signifikant assosiert med å gi vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. I multivariat analyse var fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning og røyking signifikant assosiert med å gi tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder (tabell 13). En signifikant positiv trend ble funnet for mors alder og mors utdanning, med økende odds for henholdsvis økende alder og høyere utdanning. Mødre over 35 år hadde over dobbelt så høy odds for å gi tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd, sammenlignet med mødre under 25 år. For antall barn ble det også funnet en signifikant trend, men her var oddsen, som i 1998, redusert for økende

antall barn. Sammenhengen var enda tydeligere enn i 1998, da to barn var forbundet med 55 prosent lavere odds og tre eller flere barn var forbundet med 72 prosent lavere odds, sammenlignet med ett barn. Røykende mødre hadde lavere odds for å gi tilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Variabelen bostedstype var ikke signifikant i multivariat analyse, men spedbarn bosatt på steder med 100 000 innbyggere eller flere hadde signifikant høyere odds ($p=0,041$) for å få vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med spedbarn bosatt på steder med færre enn 2000 innbyggere.

Tabell 12. Justert OR med 95 % KI for introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder			
	1998	2006	1998	2006
	(n=2152)	(n=1706)	(n=2152)	(n=1706)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Fødselsvekt				
>4000 g	90 (17)	—	1,00	—
2500-3999 g	317 (21)		1,18 (0,91-1,54)	
<2500 g	5 (7)		0,34 (0,13-0,88)	
<i>p for trend</i>			0,92	
Mors alder				
≤24 år	66 (24)	—	1,00	—
25-34 år	291 (19)		1,04 (0,75-1,45)	
≥35 år	55 (16)		1,05 (0,67-1,65)	
<i>p for trend</i>			0,79	
Ant barn				
1	231 (27)	187 (28)	1,00	1,00
2	118 (15)	156 (23)	0,48 (0,37-0,63)	0,77 (0,60-0,98)
3 el flere	63 (12)	50 (15)	0,39 (0,27-0,55)	0,48 (0,33-0,68)
<i>p for trend</i>			<0,001	<0,001
Mors arb.situasjon				
Heltid	264 (21)	282 (25)	1,00	1,00
Deltid	76 (16)	58 (19)	0,98 (0,72-1,32)	0,82 (0,59-1,15)
Annet ³	72 (18)	53 (20)	0,98 (0,72-1,34)	0,84 (0,60-1,17)
Røyking ved 6 mnd				
Nei	—	347 (24)	—	1,00
Ja		46 (18)		0,70 (0,49-0,99)
Landsdel				
Oslo/Akershus	—	101 (24)	—	1,00
Østlandet		92 (22)		0,86 (0,56-1,31)
Agder/Rogaland		73 (28)		1,29 (0,88-1,90)
Vestlandet		70 (24)		1,13 (0,77-1,66)
Trøndelag		22 (15)		0,66 (0,39-1,11)
Nord-Norge		35 (21)		0,87 (0,53-1,44)
Bostedstype				
<2000	—	92 (19)	—	1,00
2000-19 999		90 (22)		1,11 (0,79-1,55)
20 000-99 999		75 (30)		1,72 (1,19-2,50)
≥100 000		136 (25)		1,12 (0,78-1,62)
<i>p for trend</i>				0,12

¹ Antall barn som ble introdusert for vit D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes

² Justert for alle variabler i kolonnen

³ Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 13. Justert OR med 95 % KI for tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 mnd alder i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder			
	1998	2006	1998	2006
	(n=2152)	(n=1706)	(n=2152)	(n=1706)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Fødselsvekt				
>4000 g	—	320 (85)	—	1,00
2500-3999 g		1040 (82)		0,75 (0,54-1,04)
<2500 g		62 (93)		1,95 (0,74-5,16)
<i>p for trend</i>				0,58
Mors alder				
≤24 år	215 (77)	116 (74)	1,00	1,00
25-34 år	1244 (82)	992 (85)	1,40 (0,97-2,03)	1,99 (1,25-3,18)
≥35 år	297 (84)	314 (83)	1,80 (1,11-2,89)	2,21 (1,27-3,86)
<i>p for trend</i>			0,010	0,015
Ant barn				
1	736 (86)	605 (90)	1,00	1,00
2	624 (79)	567 (82)	0,55 (0,42-0,74)	0,45 (0,32-0,63)
3 el flere	396 (78)	250 (74)	0,50 (0,35-0,70)	0,28 (0,18-0,42)
<i>p for trend</i>			<0,001	<0,001
Mors utdanning				
≤10 år	183 (75)	64 (71)	1,00	1,00
11-12 år	712 (79)	392 (78)	1,07 (0,76-1,52)	1,07 (0,63-1,81)
≥13 år	861 (85)	966 (87)	1,42 (0,98-2,07)	1,67 (0,96-2,82)
<i>p for trend</i>			0,023	0,003
Mors arb.situasjon				
Heltid	1066 (84)	968 (85)	1,00	1,00
Deltid	389 (81)	248 (80)	1,05 (0,79-1,52)	1,06 (0,63-1,81)
Annet ³	301 (76)	206 (79)	0,77 (0,57-1,04)	0,97 (0,96-2,82)
Røyking ved 6 mnd				
Nei	1326 (83)	1230 (85)	1,00	1,00
Ja	430 (77)	192 (74)	0,78 (0,60-0,99)	0,63 (0,45-0,88)
Landsdel				
Oslo/Akershus	395 (83)	366 (87)	1,00	1,00
Østlandet	392 (79)	342 (82)	0,95 (0,63-1,44)	1,13 (0,69-1,93)
Agder/Rogaland	268 (81)	215 (83)	1,12 (0,74-1,69)	1,13 (0,69-1,84)
Vestlandet	337 (82)	248 (85)	1,25 (0,84-1,86)	1,33 (0,82-2,15)
Trøndelag	178 (89)	112 (77)	1,86 (1,11-3,13)	0,73 (0,43-1,22)
Nord-Norge	186 (79)	129 (83)	1,06 (0,66-1,70)	1,34 (0,75-2,38)
Bostedstype				
<2000	611 (81)	386 (79)	1,00	1,00
2000-19 999	385 (79)	342 (82)	0,84 (0,63-1,13)	1,10 (0,78-1,57)
20 000-99 999	231 (80)	206 (82)	0,96 (0,67-1,39)	0,99 (0,65-1,51)
≥100 000	529 (86)	488 (88)	1,14 (0,79-1,63)	1,56 (1,02-2,40)
<i>p for trend</i>			0,25	0,08
Sivil status				
Gift/samboer	1687 (82)	—	1,00	—
Ikke gift/samboer	69 (74)		0,77 (0,46-1,29)	

¹ Antall barn som får vit D/annet kosttilsk. ved 6 mnd alder innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen³ Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.3.5 Oppsummering av bakgrunnsfaktorer i sammenheng med anbefalinger for spedbarnsernæring

Tabell 14 oppsummerer de bakgrunnsfaktorer ved spedbarn og foreldre som, i logistiske regresjonsanalyser, viste signifikante sammenhenger med å følge en rekke anbefalinger for spedbarnsernæring. **Tabell 15** viser de bakgrunnsfaktorer som var signifikante ved begge studietidspunkt.

Trend over tid

For ammevariablene fullamming ved 4 måneder, fullamming ved 5,5 måneder, amming ved 6 måneder og ammeslutt før 4 måneders alder, ble det funnet en rekke signifikante sammenhenger med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre (**tabell 14.1**). Variabler som var signifikante ved begge studietidspunkt var røyking (for alle ammevariablene), fødselsvekt (for alle ammevariablene bortsett fra fullamming 5,5 mnd), utdanning (for alle ammevariablene bortsett fra fullamming 5,5 mnd), mors alder (for ammeslutt <4mnd) og bostedstype (for ammeslutt <4mnd). Det ble imidlertid funnet flere signifikante sammenhenger i 1998 som ikke var signifikante i 2006. Dette var tilfelle for kjønn (for fullamming 4 og 5,5 mnd), antall barn (for fullamming 5,5 mnd og amming 6 mnd), mors arbeidssituasjon (for amming 6 mnd og ammeslutt <4 mnd), bostedstype (for fullamming 4 mnd og amming 6 mnd) og mors alder (for fullamming 4 mnd). Det ser altså ut til at det var flere signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og ammevariabler i 1998 enn hva som var tilfelle i 2006. Signifikante sammenhenger som kun ble funnet i 2006 og ikke i 1998 var mors alder (for fullamming 5,5 mnd) og mors arbeidssituasjon (for fullamming 4mnd).

For introduksjon av fast føde før 4 måneders alder ble det også funnet en rekke signifikante sammenhenger med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre (**tabell 14.2**). Faktorer som viste en signifikant sammenheng ved begge studietidspunkt var kjønn, mors utdanning, røyking og bostedstype. Faktorer som kun ble funnet

signifikante i 1998, og ikke i 2006, var mors alder og landsdel. Det ble ikke funnet noen signifikante sammenhenger i 2006 som ikke også var signifikante i 1998.

For introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder og tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder fant man færre signifikante sammenhenger med bakgrunnsfaktorer enn for fullamming, amming og fast føde (**tabell 14.3**). For introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder var det ved begge studietidspunkt en signifikant sammenheng med antall barn. I 1998 ble det funnet en signifikant sammenheng for fødselsvekt, men denne sammenhengen var ikke signifikant i 2006. Røyking og bostedstype ble funnet å ha en signifikant sammenheng i 2006, men tilsvarende funn var ikke signifikant i 1998. For tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder ble det funnet signifikante sammenhenger med mors alder, antall barn og røyking ved begge studietidspunkt. Det ble også funnet en signifikant sammenheng for mors utdanning, men kun i 2006.

Oppsummert ser det ut til å være en vedvarende trend for røyking, da røyking var den bakgrunnsvariabelen som viste signifikant assosiasjon med flest av variablene for spedbarnsernæring. Mors utdanning ser også ut til å ha sterk påvirkning. Andre bakgrunnsfaktorer som viste en trend over tid for flere av spedbarnsernæringvariablene var mors alder og antall barn mor har født (tabell 15).

Tabell 14. Oppsummering av signifikante sammenhenger mellom anbefalinger for spedbarnsernæring og bakgrunnsfaktorer. Funn fra logistiske regresjonsanalyser

14.1 Fullamming og amming sett i forhold til bakgr. faktorer for spedbarn og foreldre

Variabel	Fullamming 4 mnd (jfr. tabell 7)	Fullamming 5.5 mnd (jfr. tabell 8)	Amming 6 mnd (jfr. tabell 10)	Ammeslutt <4 mnd (jfr. tabell 9)
Kjønn	Gutt lavere OR (-98)	Gutt lavere OR (-98)	—	—
Fødselsvekt	Lavere OR jo lavere f.vekt (-98)/ved laveste f.vekt (-06)	—	Lavere OR jo lavere f.vekt (-98 & -06)	Høyere OR jo lavere f.vekt (-98 & -06)
Mors alder	Høyere OR jo høyere alder (-98)	Lavere OR jo lavere alder (-06)	—	Lavere OR jo høyere alder (-98 & -06)
Antall barn	Høyere OR jo flere barn (-98 & -06)	Høyere OR jo flere barn (-98)	Høyere OR jo flere barn (-98)	—
Mors utdanning	Høyere OR jo høyere utdanning (-98 & -06)	Lavere OR jo lavere utd (-98)	Høyere OR jo høyere utdanning (-98 & -06)	Lavere OR jo høyere utd (-98 & -06)
Mors arbeid	Lavere OR hvis heltid = nei (-06)	—	Lavere OR hvis heltid = nei (-98)	Høyere OR hvis heltid = nei (-98)
Røyking ved 6 mnd	Lavere OR om røyk = ja (-98 & -06)	Lavere OR om røyk = ja (-98 & -06)	Lavere OR om røyk = ja (-98 & -06)	Høyere OR om røyk = ja (-98 & -06)
Landsdel	—	—	—	Signifikant i 1998
Bostedstype	Høyere OR jo flere innbyggere (-98)	—	Høyere OR jo flere innbyggere (-98)	Lavere OR jo flere innbyggere (-98 & -06)

— Ingen signifikant sammenheng i multivariat analyse

14.2 Introduksjon av fast føde <4mnd sett ift bakgr. faktorer for spedbarn og foreldre

Variabel	Introduksjon av fast føde <4mnd (jfr. tabell 11)
Kjønn	Gutt høyere OR (-98 & -06)
Mors alder	Høyere OR jo høyere alder (-98)
Mors utdanning	Lavere OR jo høyere utdanning (-98 & -06)
Røyking ved 6 mnd	Høyere OR om røyk = ja (-98 & -06)
Landsdel	Høyere OR hvis Nord-Norge = ja (-98)
Bostedstype	Lavere OR jo flere innbyggere (-98 & -06)

14.3 Tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd sett ift bakgr. faktorer for spedbarn og foreldre

Variabel	Introduksjon 4 uker (jfr. tabell 12)	Tilskudd 6 mnd (jfr. tabell 13)
Fødselsvekt	Lavere OR hvis f.vekt <2500 g (-98)	Signifikant i 2006
Mors alder	—	Høyere OR jo høyere alder (-98 & -06)
Antall barn	Lavere OR jo flere barn (-98 & -06)	Lavere OR jo flere barn (-98 & -06)
Mors utdanning	—	Høyere OR jo høyere utdanning (-06)
Røyking ved 6 mnd	Lavere OR om røyk = ja (-06)	Lavere OR om røyk = ja (-98 & -06)
Bostedstype	Høyere OR hvis ant. innbyggere = 20 000-99 999 (-06)	—

— Ingen signifikant sammenheng i multivariat analyse

Tabell 15. Bakgrunnsfaktorer som hadde signifikant sammenheng med variabler for spedbarnsernæring både i 1998 og i 2006

	Kjønn	F.vekt	Mors alder	Ant. barn	Mors utd.	Røyking	Bosted
Fullamming 4 mnd				x	x	x	
Fullamming 5,5 mnd			x			x	
Amming 6 mnd		x			x	x	
Ammeslutt <4 mnd		x	x		x	x	x
Fast føde <4 mnd	x				x	x	x
Tilskudd 4 uker				x			
Tilskudd 6 mnd			x	x	x	x	

x viser sammenhenger som var signifikante i multivariat analyse ($p < 0,05$) både i 1998 og i 2006

4.4 Informasjonsmaterieil

4.4.1 Mottak av brosjyrene

Det var ved begge studietidspunkt et flertall av spedbarnsforeldrene som oppga å ha sett eller mottatt informasjonsbrosjyrene. I 1998 var det en fjerdedel som ikke hadde sett eller mottatt ”Mat for spedbarn” og en tredjedel som ikke hadde sett eller mottatt ”Hvordan du ammer ditt barn”. Tilsvarende andeler i 2006 var under en femtedel for ”Mat for spedbarn” og en fjerdedel for ”Hvordan du ammer ditt barn” (**tabell 16**). Det var altså flere spedbarnsforeldre som hadde sett eller mottatt brosjyrene ”Mat for spedbarn” og ”Hvordan du ammer ditt barn” i Spedkost 2006 enn hva som var tilfelle i Spedkost 1998, og forskjellen var signifikant. For begge brosjyrer var det åtte prosent flere som hadde sett eller mottatt brosjyrene i 2006, sammenlignet med i 1998. Det var flere foreldre som oppga å ha sett/mottatt ”Mat for spedbarn”, sammenlignet med ”Hvordan du ammer ditt barn” både i 1998 og i 2006.

Tabell 16. Mottak av informasjonsbrosjyrene ”Mat for spedbarn” og ”Hvordan du ammer ditt barn”

	”Mat for spedbarn”					”Hvordan du ammer ditt barn”				
	1998		2006		p-verdi ²	1998		2006		p-verdi ²
	(n=2118)		(n=1946)			(n=2056)		(n=1938)		
	n	% ¹	n	% ¹		n	% ¹	n	% ¹	
Mottatt	1590	75	1605	83	<0,001	1370	67	1454	75	<0,001
Ikke mottatt	527	25	341	18		683	33	484	25	

¹ Andeler er beregnet ut fra de som hadde svart på spørsmålet

² Testet med kji-kvadrat test

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.4.2 Foreldrenes opplevde nytteverdi av informasjonsbrosjyrene

Majoriteten av de spedbarnsforeldrene som hadde sett eller mottatt informasjonsbrosjyrene "Mat for spedbarn" og "Hvordan du ammer ditt barn" opplevde brosjyrene som svært nyttig eller nyttig, både i 1998 og i 2006. Det var kun et fåtall som opplevde brosjyrene som unyttig ved begge studietidspunkt. Det var imidlertid signifikante forskjeller i fordelingen av opplevd nytteverdi av både "Mat for spedbarn" og "Hvordan du ammer ditt barn" mellom de to studietidspunktene (**tabell 17**). Når det gjelder "Mat for spedbarn" var det flere som erfarte at brosjyren var svært nyttig i 2006, mens noe flere opplevde brosjyren som nyttig og lite nyttig i 1998. For brosjyren "Hvordan du ammer ditt barn" var ikke forskjellen i opplevd nytteverdi mellom studietidspunktene like stor, men det var også her en noe høyere andel som opplevde brosjyren som svært nyttig i 2006 og flere som erfarte at brosjyren var nyttig i 1998.

Tabell 17. Opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene "Mat for spedbarn" og "Hvordan du ammer ditt barn"

	"Mat for spedbarn"				p-verdi ²	"Hvordan du ammer ditt barn"				p-verdi ²
	1998		2006			1998		2006		
	(n=1590)		(n=1605)			(n=1370)		(n=1454)		
	n	% ¹	n	% ¹		n	% ¹	n	% ¹	
Svært nyttig	574	36	691	43	<0,001	417	30	499	34	0,045
Nyttig	903	57	853	53		785	57	766	53	
Lite nyttig	99	6	56	4		140	10	147	10	
Unyttig	14	1	5	—		28	1	42	3	

¹ Andeler er beregnet ut i fra de som hadde mottatt brosjyrene og svart på spm om opplevd nytteverdi

² Testet med kji-kvadrat test

Uthevede tall representerer signifikante funn

4.4.3 Hva kjennetegner de som opplevde informasjonsmateriellet som svært nyttig/nyttig?

Nytteverdi av informasjonsmateriellet er i resultatene nedenfor studert i sammenheng med bakgrunnsfaktorer ved spedbarn og foreldre.

”Hvordan du ammer ditt barn”

Analyser fra Spedkost 1998 viste at fødselsvekt og mors alder var signifikant assosiert med å oppleve brosjyren ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig eller nyttig både i univariat og multivariat analyse (**tabell 18**). Foreldre til spedbarn som veide under 2500 gram ved fødsel hadde 66 prosent lavere odds for å oppleve brosjyren som svært nyttig/nyttig, sammenlignet med foreldre til spedbarn med fødselsvekt over 4000 gram. En signifikant trend ble funnet for mors alder, der mødre på 25 år og eldre hadde over dobbelt så høy odds for å anse ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/ nyttig, sammenlignet med mødre yngre enn 25 år.

I 2006 viste univariate analyser at fødselsvekt, mors alder, mors utdanning, mors arbeidssituasjon, røyking og sivil status var signifikante variabler, hvorav kun sivil status var signifikant i multivariat analyse (tabell 18). Foreldre som var gift eller samboere hadde over dobbelt så høy odds for å anse ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig, sammenlignet med foreldre som verken var gift eller samboere. For fødselsvekt ble det funnet en signifikant trend, der lavere fødselsvekt ga lavere odds for å oppleve brosjyren som svært nyttig/nyttig. Fødselsvekt på mindre enn 2500 gram var på grensen til signifikant (0,052) og foreldre til disse barna hadde nesten 60 prosent lavere odds for å oppleve brosjyren som svært nyttig/nyttig, sammenlignet med foreldre til barn med fødselsvekt over 4000 gram. Mors alder var ikke signifikant i multivariat analyse, men for mødre mellom 25 og 34 år fant man en signifikant sammenheng ($p=0,038$) med 78 prosent høyere odds for å oppleve brosjyren som svært nyttig/nyttig, sammenlignet med mødre yngre enn 25 år.

“Mat for spedbarn”

I 1998 viste univariate analyser at kun mors alder var signifikant assosiert med å oppleve brosjyren “Mat for spedbarn” som svært nyttig/nyttig. Ingen variabler var signifikante i multivariat analyse, der de uavhengige variablene mors alder og mors utdanning var inkludert (disse variablene inngår i alle analyser uavhengig av signifikansnivå) (**tabell 19**). Selv om variabelen mors alder ikke var signifikant i multivariat analyse, fant man imidlertid en signifikant sammenheng ($p=0,038$) for mødre mellom 25 og 34 år. Disse hadde nesten dobbelt så høy odds for å oppleve brosjyren som svært nyttige/nyttig, sammenlignet med mødre under 25 år. Trend for mors alder var også på grensen til signifikant ($p=0,053$), der høyere alder var forbundet med høyere odds for å oppleve ”Mat for spedbarn” som en svært nyttig/nyttig brosjyre.

I 2006 var mors alder og røyking signifikante variabler i univariate analyser, men ingen av disse var signifikant i multivariat analyse (tabell 19). Det ble imidlertid funnet en signifikant trend for mors alder, der oddsen for å anse brosjyren som svært nyttig/nyttig var økt ved høyere alder hos mor. For mors alder var underkategoriene 25-34 år og ≥ 35 år også på grensen til signifikante (hhv $p=0,055$ og $p=0,057$) og mødre i disse aldersgruppene hadde henholdsvis over dobbelt og over tredoblet odds for å oppleve ”Mat for spedbarn” som svært nyttig/nyttig, sammenlignet med mødre på 24 år eller yngre.

Oppsummering av bakgrunnsfaktorer i sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell

Tabell 20 oppsummerer signifikante assosiasjoner mellom bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre og opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn”.

Ingen sammenhenger ble funnet signifikante ved begge studietidspunkt. Fødselsvekt og mors alder ble funnet å ha signifikant assosiasjon med å oppleve ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig i 1998, men disse assosiasjonene var ikke

signifikante i 2006 (tabell 20). Imidlertid hadde sivil status en signifikant sammenheng i 2006, som ikke ble funnet i 1998. For opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn” ble det ikke funnet noen signifikante sammenhenger med bakgrunnsvariabler, verken i 1998 eller i 2006 (tabell 20).

Tabell 18. Justert OR med 95 % KI for opplevd nytteverdi av "Hvordan du ammer ditt barn" i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Opplever "Hvordan du ammer ditt barn" som svært nyttig eller nyttig			
	1998	2006	1998	2006
	(n=1031)	(n=1126)	(n=1031)	(n=1126)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Fødselsvekt				
>4000 g	235 (88)	234 (91)	1,00	1,00
2500-3999 g	648 (88)	719 (87)	0,99 (0,65-1,54)	0,67 (0,41-1,08)
<2500 g	19 (70)	23 (9)	0,34 (0,14-0,85)	0,41 (0,17-1,01)
<i>p for trend</i>			0,29	0,039
Mors alder				
≤24 år	110 (81)	92 (77)	1,00	1,00
25-34 år	645 (89)	689 (89)	2,15 (1,28-3,61)	1,78 (1,03-3,08)
≥35 år	147 (88)	205 (87)	2,13 (1,10-4,14)	1,42 (0,75-2,68)
<i>p for trend</i>			0,036	0,38
Mors utdanning				
≤10 år	102 (90)	52 (88)	1,00	1,00
11-12 år	375 (89)	271 (83)	0,84 (0,43-1,67)	0,48 (0,20-1,16)
≥13 år	425 (86)	663 (90)	0,55 (0,28-1,10)	0,68 (0,40-1,06)
<i>p for trend</i>			0,054	0,45
Mors arb.situasjon				
Heltid	—	663 (89)	—	1,00
Deltid		182 (87)		0,92 (0,56-1,50)
Annet ³		141 (81)		0,65 (0,40-1,06)
Røyking ved 6 mnd				
Nei	—	860 (88)	—	1,00
Ja		126 (83)		0,79 (0,48-1,31)
Sivil status				
Gift/samboer	—	954 (88)	—	1,00
Ikke gift/samboer		32 (70)		0,41 (0,21-0,81)

¹ Antall som opplever brosjyren svært nyttig /nyttig innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes

² Justert for alle variabler i kolonnen

³ Inkluderer: hjemmearbeidende, sykemeldt før svangerskap, permisjon, uføretrygdet, under attføring, student/skoleelev og annet

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 19. Justert OR med 95 % KI for opplevd nytteverdi av "Mat for spedbarn" i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Opplever "Mat for spedbarn" som svært nyttig eller nyttig			
	1998	2006	1998	2006
	(n=1031)	(n=1126)	(n=1031)	(n=1126)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Mors alder				
≤24 år	120 (88)	111 (93)	1,00	1,00
25-34 år	682 (94)	751 (97)	1,95 (1,04-3,67)	2,38 (0,98-5,79)
≥35 år	158 (95)	231 (98)	2,30 (0,96-5,54)	3,44 (0,97-12,22)
<i>p for trend</i>			0,053	0,038
Mors utdanning				
≤10 år	105 (92)	57 (97)	1,00	1,00
11-12 år	391 (93)	313 (95)	0,99 (0,45-2,17)	0,58 (0,12-2,69)
≥13 år	464 (94)	723 (98)	1,03 (0,46-2,31)	0,86 (0,17-4,24)
<i>p for trend</i>			0,78	0,59
Røyking ved 6 mnd				
Nei	—	950 (98)	—	1,00
Ja		143 (94)		0,52 (0,22-1,19)

¹ Antall som opplever brosjyren svært nyttig /nyttig innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 20. Oppsummering av signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell. Funn fra logistiske regresjonsanalyser

Variabel	"Hvordan du ammer ditt barn" oppleves som svært nyttig/nyttig (jfr. tabell 18)	"Mat for spedbarn" oppleves som svært nyttig/nyttig (jfr. tabell 19)
Fødselsvekt	Lavere OR jo lavere f.vekt (-98)	—
Mors alder	Høyere OR jo høyere alder (-98)	—
Sivil status	Lavere OR hvis gift/samboer = nei (-06)	—

— Ingen signifikante funn i multivariat analyse

4.4.4 Anbefalinger for spedbarnsernæring i sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell

Det ble funnet flere forskjeller mellom de som opplevde informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” som svært nyttig/nyttig og de som anså brosjyrene som lite nyttig/unyttig, i henhold til i hvilken grad utvalgte anbefalinger for spedbarnsernæring ble fulgt. **Figur 3** og **figur 4** viser sammenhengen deskriptivt, der forskjeller i opplevd nytteverdi av brosjyrene i henhold til anbefalingene er testet med kji-kvadrat test. **Tabell 21** og **tabell 22** viser sammenhengen testet med logistiske regresjonsanalyser, der det er justert for en rekke bakgrunnsvariabler.

“Hvordan du ammer ditt barn”

I 1998 var det, som vist i **figur 3.1**, signifikant flere som ammet ved 6 måneders alder og på grensen til signifikant flere som fullammet ved 4 måneders alder ($p=0,05$) blant foreldre som anså ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig. Det var imidlertid signifikant flere som avsluttet ammingen før 4 måneders alder og som introduserte fast føde ved 4 måneders alder blant de som anså brosjyren som lite nyttig/unyttig, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som svært nyttig/nyttig.

Ikke like mange signifikante forskjeller ble funnet ved logistiske regresjonsanalyser der det ble justert for en rekke bakgrunnsvariabler. Univariate analyser fra 1998 for de syv avhengige variablene (ammeslutt <4mnd, ammer ved 6 mnd, fullammer ved 4 mnd, fullammer ved 5,5 mnd, introduksjon av fast føde <4 mnd, introduksjon av vit D/annet kosttilskudd ved 4 uker og tilskudd av vit D/annet kosttilskudd ved 6 mnd), viste at å oppleve ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært/nyttig var signifikant negativt assosiert med ammeslutt før 4 måneders alder og signifikant positivt assosiert med å amme ved 6 måneders alder. I multivariat analyse var opplevd nytteverdi av brosjyren kun signifikant assosiert med ammeslutt før 4 måneders alder (tabell 21).

Foreldre som opplevde ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig hadde nesten 60 prosent lavere odds for å avslutte ammingen før 4 måneders alder, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig.

I 2006 var det, som vist i **figur 3.2**, flere signifikante forskjeller mellom de som opplevde ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig og de som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig. Signifikant flere ammet ved 6 måneder, fullammet ved 4 måneder og ga tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder blant de som opplevde brosjyren som svært nyttig/nyttig, mens det var signifikant flere som sluttet å amme før 4 måneders alder og introduserte fast føde før 4 måneders alder blant de som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig.

Tabell 21 viser resultater fra logistiske regresjonsanalyser. I univariate analyser fra 2006 var opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” signifikant assosiert med ammeslutt før 4 måneder, amming ved 6 måneder, fullamming ved 4 måneder, introduksjon av fast føde før 4 måneder og vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. I multivariat analyse var opplevd nytteverdi av brosjyren signifikant assosiert med amming ved 6 måneder og vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. Foreldre som anså ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig hadde over 80 prosent høyere odds for å amme ved 6 måneders alder og over dobbelt så høy odds for å gi barnet sitt tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig. Opplevd nytteverdi sett i forhold til ammeslutt før 4 måneders alder var på grensen til signifikant ($p=0,053$), der foreldre som opplevde ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig hadde omkring 41 prosent lavere odds for å avslutte ammingen før 4 måneders alder, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig.

“Mat for spedbarn”

I 1998 viste deskriptive analyser, som vist i **figur 4.1**, at det var signifikant flere som ammet ved 6 måneder og ga vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder blant

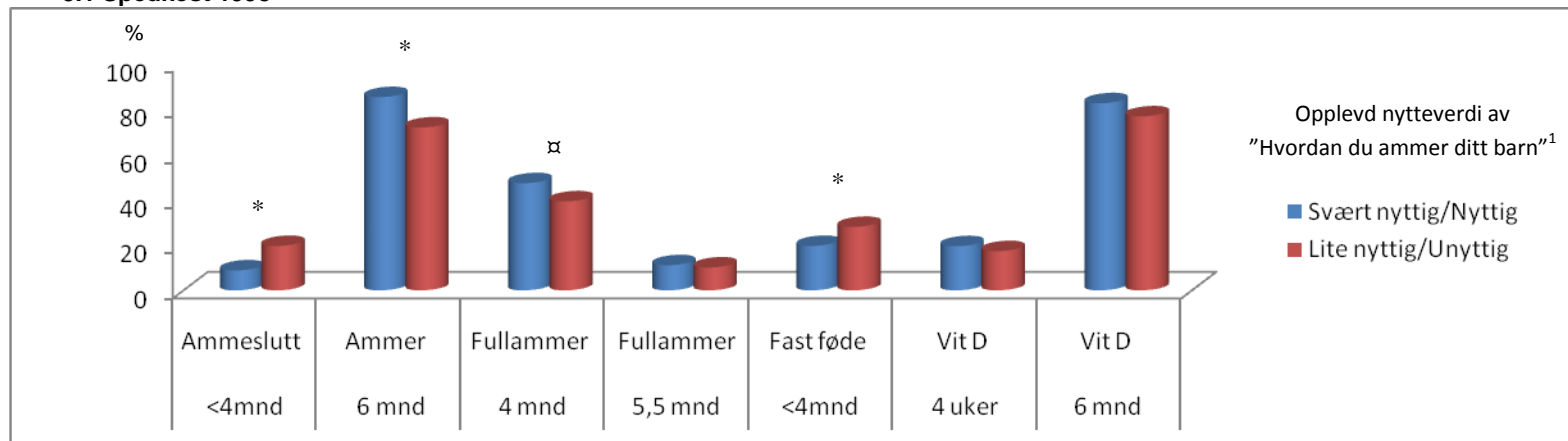
de foreldre som opplevde ”Mat for spedbarn” som en svært nyttig/nyttig brosjyre. Signifikant flere blant de som oppfattet brosjyren som lite nyttig/unyttig introduserte fast føde før 4 måneders alder.

Også i logistiske regresjonsanalyser fant man at opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn” var signifikant assosiert med å gi vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder i 1998, både i justert og ujustert analyse (tabell 22). Foreldre som erfarte at brosjyren var svært nyttig/nyttig hadde 90 prosent høyere odds for å gi tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig.

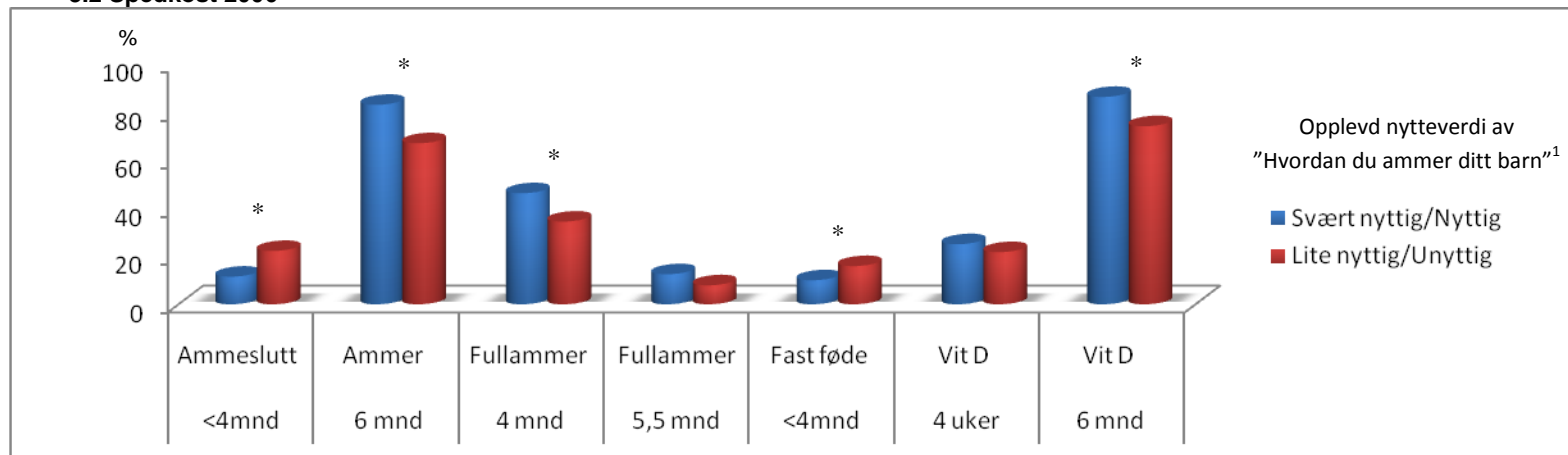
Deskriptive analyser på dataene fra 2006 (**figur 4.2**) viste at signifikant flere ammet ved 6 måneder, fullammet ved 5,5 måneder, introduserte vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 uker og ga vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder blant de som erfarte at brosjyren var svært nyttig/nyttig, sammenlignet med de som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig. Imidlertid var det flere blant de som anså ”Mat for spedbarn” som lite nyttig/unyttig som avsluttet ammingen før 4 måneder og introduserte fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som svært nyttig/nyttig.

Univariate analyser fra 2006 viste at opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn” var signifikant assosiert med ammeslutt før 4 måneder, amming ved 6 måneder og introduksjon av fast føde før 4 måneders alder. I multivariat analyse var opplevd nytteverdi av brosjyren signifikant forbundet med ammeslutt før 4 måneder og amming ved 6 måneders alder. Foreldre som erfarte at ”Mat for spedbarn” var en svært nyttig/nyttig brosjyre hadde omkring 70 prosent lavere odds for å avslutte ammingen før 4 måneder og mer enn dobbelt så høy odds for å amme ved 6 måneders alder, sammenlignet med foreldre som opplevde brosjyren som lite nyttig/unyttig (tabell 22).

3.1 Spedkost 1998



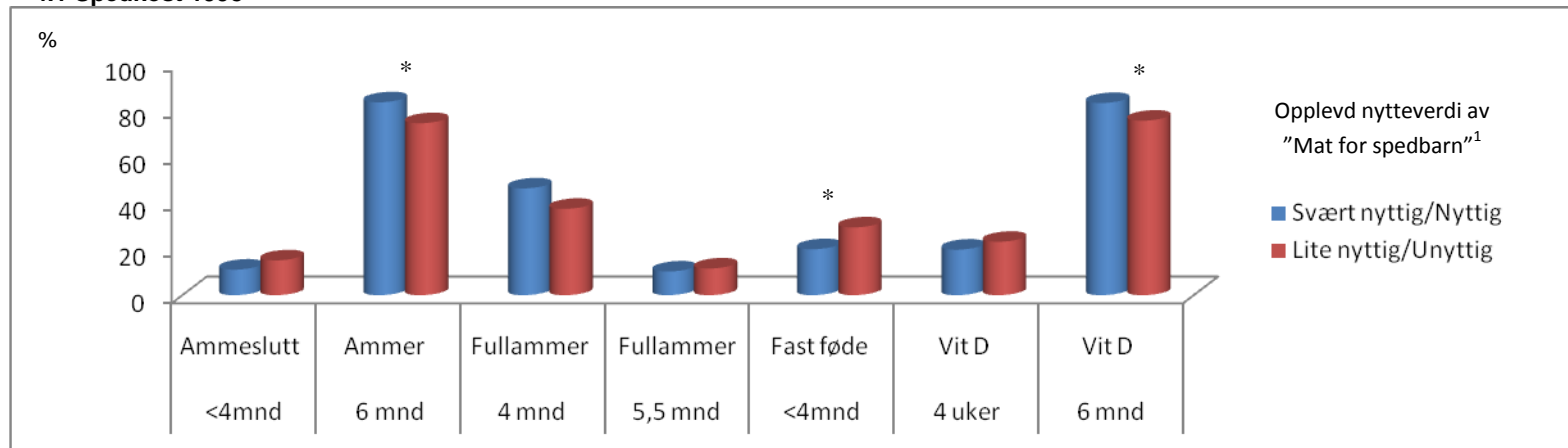
3.2 Spedkost 2006



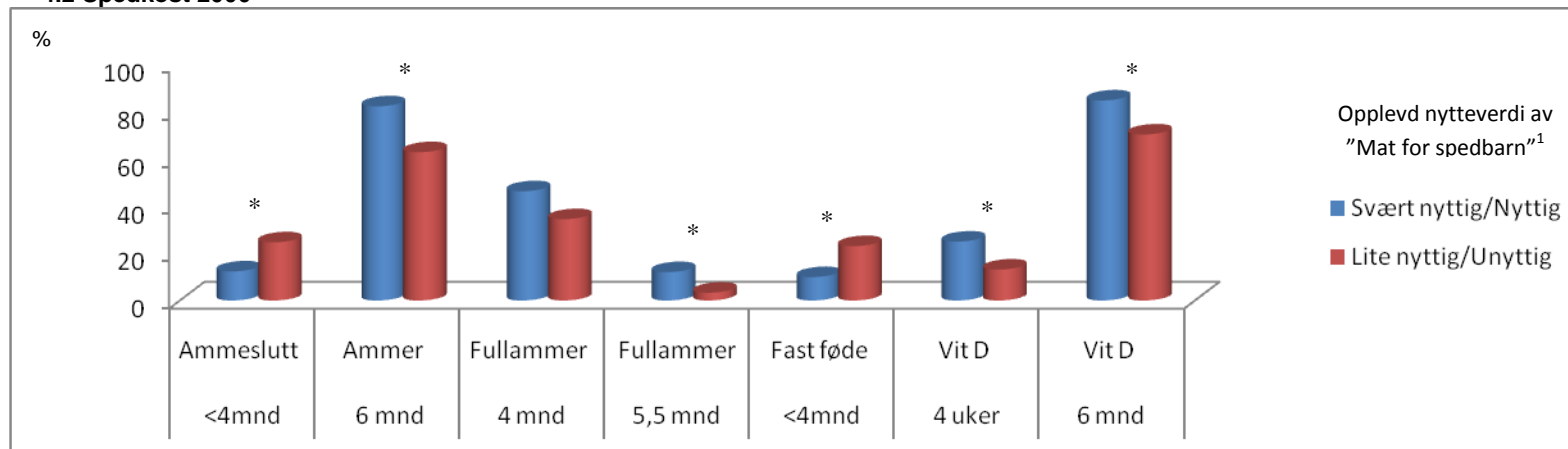
* $p < 0,05$, ^α $p = 0,05$, ¹ Testet med kji-kvadrat test

Figur 3. Andel (%) som følger anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av "Hvordan du ammer ditt barn" i Spedkost 1998 (svært nyttig/nyttig: n=1202; lite nyttig/unyttig: n=168) og Spedkost 2006 (svært nyttig/nyttig: n=1265; lite nyttig/unyttig: n=189)

4.1 Spedkost 1998



4.2 Spedkost 2006



* $p < 0,05$, ¹ Testet med kji-kvadrat test

Figur 4. Andel (%) som følger anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av "Mat for spedbarn" i Spedkost 1998 (svært nyttig/nyttig: n=1477; lite nyttig/unyttig: n=113) og Spedkost 2006 (svært nyttig/nyttig: n=1544; lite nyttig/unyttig: 61)

Tabell 21. Justert OR med 95 % KI for anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av "Hvordan du ammer ditt barn" (Syv uavhengige modeller inngår i tabellen)

Avhengig variabel ¹	Opplever "Hvordan du ammer ditt barn" som svært nyttig/nyttig vs lite nyttig/unyttig			
	1998	2006	1998	2006
	(n=1029)	(n=1112)	(n=1029)	(n=1112)
	n (%) ²	n (%) ²	OR (95 % KI) ³	OR (95 % KI) ³
<i>Ammeslutt før 4 mnd</i>	71 (76)	109 (78)	0,41 (0,21-0,80)	0,59 (0,35-1,01)
<i>Ammer ved 6 mnd</i>	771 (89)	817 (84)	1,40 (0,78-2,52)	1,83 (1,16-2,91)
<i>Fullammer ved 4 mnd</i>	422 (88)	466 (90)	1,14 (0,72-1,80)	1,30 (0,85-1,96)
<i>Fullammer ved 5,5 mnd</i>	107 (87)	123 (91)	0,98 (0,51-1,90)	1,36 (0,70-2,62)
<i>Intro fast føde <4mnd</i>	170 (85)	91 (81)	0,90 (0,52-1,57)	0,68 (0,34-1,23)
<i>Intro vit D 4 uker</i>	183 (91)	255 (89)	1,71 (0,94-3,12)	0,97 (0,61-1,53)
<i>Vit D 6 mnd</i>	751 (88)	853 (89)	1,22 (0,71-2,09)	2,12 (1,32-3,41)

¹ I tabellen inngår 7 uavhengige modeller med hver sin avhengige variabel

² Antall som opplever brosjyren som svært nyttig/nyttig innenfor hver av de avhengige variablene. Prosent i parentes

³ Justert for følgende variabler: nytteverdi av "Mat for spedbarn", kjønn, fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdanning, arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status
Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 22. Justert OR med 95 % KI for anbefalinger for spedbarnsernæring sett i forhold til opplevd nytteverdi av "Mat for spedbarn" (Syv uavhengige modeller inngår i tabellen)

Avhengig variabel ¹	Opplever "Mat for spedbarn" som svært nyttig/nyttig vs lite nyttig/unyttig			
	1998 (n=1029)	2006 (n=1112)	1998 (n=1029)	2006 (n=1112)
	n (%) ²	n (%) ²	OR (95 % KI) ³	OR (95 % KI) ³
<i>Ammeslutt før 4 mnd</i>	83 (89)	129 (91)	1,25 (0,51-3,07)	0,29 (0,12-0,71)
<i>Ammer ved 6 mnd</i>	818 (94)	894 (98)	1,35 (0,65-2,77)	2,74 (1,16-6,46)
<i>Fullammer ved 4 mnd</i>	450 (94)	508 (98)	1,21 (0,66-2,19)	1,22 (0,51-2,96)
<i>Fullammer ved 5,5 mnd</i>	116 (94)	134 (99)	1,12 (0,44-2,82)	2,67 (0,34-20,76)
<i>Intro fast føde <4mnd</i>	182 (91)	105 (93)	0,74 (0,37-1,46)	0,46 (0,17-1,23)
<i>Intro vit D 4 uker</i>	187 (93)	281 (98)	0,61 (0,30-1,22)	1,69 (0,61-4,68)
<i>Vit D 6 mnd</i>	801 (94)	931 (98)	1,90 (1,01-3,60)	1,18 (0,45-3,09)

¹ I tabellen inngår 7 uavhengige modeller med hver sin avhengige variabel

² Antall som opplever brosjyren som svært nyttig/nyttig innenfor hver av de avhengige variablene. Prosent i parentes

³ Justert for følgende variabler: nytteverdi av "Hvordan du ammer ditt barn", kjønn, fødselsvekt, mors alder, antall barn, mors utdannelse, arbeidssituasjon, røyking, landsdel, bostedstype og sivil status
Uthevede tall representerer signifikante funn

Oppsummering av anbefalinger for spedbarnsernæring i sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell

Signifikante funn for sammenhengen mellom enkelte anbefalinger for spedbarnsernæring og opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” er oppsummert i **tabell 23**.

Ingen sammenhenger ble funnet signifikante ved begge studietidspunkt. I 1998 fant man signifikante sammenhenger mellom opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” og ammeslutt før 4 måneders alder, samt opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn” og vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder (tabell 23). I 2006 ble det funnet flere signifikante sammenhenger enn i 1998. Opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” hadde signifikant sammenheng med amming ved 6 måneder og tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, mens opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn” ble funnet å ha signifikant sammenheng med ammeslutt før 4 måneder og amming ved 6 måneders alder (tabell 23). Ingen signifikante sammenhenger ble funnet mellom opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene og fullamming ved 4 og 5,5 måneder, introduksjon av fast føde før 4 måneder eller introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder.

Tabell 23. Oppsummering av signifikante sammenhenger mellom anbefalinger for spedbarnsernæring og opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene.
Funn fra logistiske regresjonsanalyser

Variabel	Ammeslutt <4 mnd	Ammer 6 mnd	Fullammer 4 mnd	Fullammer 5,5 mnd	Intro fast føde < 4 mnd	Intro vit D/annet kosttilsk. 4 uker	Vit D/annet kosttilsk. 6 mnd
"Hvordan du ammer ditt barn" oppleves svært nyttig/nyttig (jfr. tab 21)	Lavere OR (-98)	Høyere OR (-06)	—	—	—	—	Høyere OR (-06)
"Mat for spedbarn" oppleves svært nyttig/nyttig (jfr. tab 22)	Lavere OR (-06)	Høyere OR (-06)	—	—	—	—	Høyere OR (-98)

— Ingen signifikant sammenheng i multivariat analyse

4.4.5 Hvem er de som ikke har sett/mottatt informasjonsmateriell?

I resultatene nedenfor er det sett nærmere på de som ikke har sett eller mottatt informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn”, i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre.

”Hvordan du ammer ditt barn”

I Spedkost 1998 var antall barn, landsdel, bostedstype og sivil status signifikante variabler i univariate analyser (**Tabell 24**). Kun landsdel var signifikant i multivariat analyse. Foreldre bosatt i Nord-Norge hadde nesten 60 prosent lavere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med foreldre bosatt i Oslo/Akershus. Variabelen ”antall barn” var ikke signifikant i multivariat analyse, men det ble imidlertid funnet en signifikant sammenheng for de som hadde to barn ($p=0,048$). Disse hadde 20 prosent lavere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med foreldre med ett barn. En signifikant positiv trend ble også funnet for bostedstype.

Univariate analyser fra 2006 viste at mors alder, antall barn, røyking og landsdel var signifikant assosiert med å ha sett/mottatt ”Hvordan du ammer ditt barn”. Antall barn, røyking og landsdel var signifikant i multivariat analyse (tabell 24). En signifikant positiv trend ble funnet for antall barn. Både foreldre med to og tre barn hadde omkring 80 prosent høyere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med foreldre med ett barn. Røykende mødre hadde over 50 prosent høyere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Foreldre bosatt på Østlandet, Vestlandet og i Nord-Norge hadde lavere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med foreldre bosatt i Oslo/Akershus.

”Mat for spedbarn”

Univariate analyser fra Spedkost 1998 viste at antall barn, røyking og landsdel var signifikant assosiert med ikke å ha mottatt brosjyren ”Mat for spedbarn”. I multivariat analyse var antall barn og landsdel signifikante variabler (**tabell 25**). Å ha to barn var

forbundet med lavere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med å ha ett barn. Oddsen for foreldre bosatt i Nord-Norge var på grensen til å være signifikant ($p=0,053$), og disse foreldrene hadde 45 prosent høyere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med foreldre bosatt i Oslo/Akershus.

I Spedkost 2006 viste univariate analyser at fødselsvekt og røyking var signifikante variabler, hvorav kun røyking var signifikant i multivariat analyse (tabell 25).

Røykende mødre hadde 60 prosent høyere odds for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Variabelen fødselsvekt var ikke signifikant i multivariat analyse, men foreldre til spedbarn med fødselsvekt under 2500 gram hadde over dobbelt så høy odds ($p=0,023$) for ikke å ha sett/mottatt brosjyren, sammenlignet med foreldre til barn med fødselsvekt på over 4000 gram. Trend for fødselsvekt var på grensen til å være til signifikant ($p=0,054$), med høyere odds for lavere fødselsvekt.

Tabell 24. Justert OR med 95 % KI for mottak av "Hvordan du ammer ditt barn" i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Har ikke sett/mottatt "Hvordan du ammer ditt barn"			
	1998	2006	1998	2006
	(n=1822)	(n=1696)	(n=1822)	(n=1696)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Mors alder				
≤24 år	84 (34)	28 (18)	1,00	1,00
25-34 år	48 (35)	294 (25)	1,09 (0,79-1,51)	1,35 (0,85-2,16)
≥35 år	86 (31)	103 (28)	0,94 (0,61-1,44)	1,36 (0,80-2,30)
<i>p for trend</i>			0,87	0,45
Ant barn				
1	277 (37)	125 (19)	1,00	1,00
2	208 (31)	202 (30)	0,80 (0,63-0,99)	1,83 (1,41-2,39)
3 el flere	133 (33)	98 (29)	0,92 (0,69-1,22)	1,80 (1,28-2,52)
<i>p for trend</i>			0,38	<0,001
Mors utdanning				
≤10 år	65 (34)	21 (23)	1,00	1,00
11-12 år	263 (35)	129 (26)	1,05 (0,75-1,48)	1,22 (0,71-2,10)
≥13 år	290 (33)	275 (25)	0,94 (0,66-1,33)	1,13 (0,65-1,93)
<i>p for trend</i>			0,42	0,57
Røyking ved 6 mnd				
Nei	—	346 (24)	—	1,00
Ja		79 (31)		1,52 (1,11-2,07)
Landsdel				
Oslo/Akershus	164 (40)	125 (30)	1,00	1,00
Østlandet	145 (34)	81 (19)	0,85 (0,59-1,22)	0,51 (0,37-0,71)
Agder/Rogaland	98 (35)	70 (27)	0,85 (0,59-1,21)	0,81 (0,57-1,16)
Vestlandet	117 (34)	67 (23)	0,83 (0,59-1,16)	0,68 (0,48-0,97)
Trøndelag	55 (32)	49 (33)	0,75 (0,51-1,11)	1,05 (0,70-1,58)
Nord-Norge	40 (20)	33 (20)	0,42 (0,26-0,66)	0,55 (0,35-0,86)
Bostedstype				
<2000	194 (31)	—	1,00	—
2000-19 999	127 (30)		0,96 (0,73-1,27)	
20 000-99 999	85 (34)		1,19 (0,85-1,67)	
≥100 000	212 (40)		1,29 (0,94-1,71)	
<i>p for trend</i>			0,029	
Sivil status				
Gift/samboer	584 (34)	—	1,00	—
Ikke gift/samboer	34 (43)		0,70 (0,43-1,12)	

¹ Antall som hadde sett/mottatt brosjyren innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

Tabell 25. Justert OR med 95 % KI for mottak av "Mat for spedbarn" i sammenheng med bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre

Uavhengig variabel	Har ikke sett/mottatt "Mat for spedbarn"			
	1998	2006	1998	2006
	(n=1822)	(n=1126)	(n=1822)	(n=1126)
	n (%) ¹	n (%) ¹	OR (95 % KI) ²	OR (95 % KI) ²
Fødselsvekt				
>4000 g	—	57 (15)	—	1,00
2500-3999 g		221 (18)		1,18 (0,86-1,63)
<2500 g		18 (27)		2,03 (1,10-3,76)
<i>p for trend</i>				0,054
Mors alder				
≤24 år	66 (27)	27 (17)	1,00	1,00
25-34 år	339 (26)	202 (17)	1,14 (0,81-1,61)	1,19 (0,75-1,89)
≥35 år	68 (25)	67 (18)	1,11 (0,70-1,74)	1,29 (0,77-2,16)
<i>p for trend</i>			0,63	0,35
Ant barn				
1	221 (30)	—	1,00	—
2	149 (22)		0,68 (0,53-0,87)	
3 el flere	103 (25)		0,78 (0,58-1,08)	
<i>p for trend</i>			0,16	
Mors utdanning				
≤10 år	52 (27)	19 (21)	1,00	1,00
11-12 år	203 (27)	95 (19)	0,99 (0,69-1,43)	0,94 (0,54-1,66)
≥13 år	218 (25)	182 (17)	0,94 (0,64-1,37)	0,83 (0,47-1,49)
<i>p for trend</i>			0,51	0,36
Røyking ved 6 mnd				
Nei	339 (25)	233 (16)	1,00	1,00
Ja	134 (30)	63 (24)	1,25 (0,98-1,61)	1,61 (1,16-2,24)
Landsdel				
Oslo/Akershus	108 (27)	—	1,00	—
Østlandet	102 (24)		0,87 (0,63-1,20)	
Agder/Rogaland	63 (22)		0,80 (0,55-1,15)	
Vestlandet	79 (23)		0,82 (0,58-1,15)	
Trøndelag	52 (30)		1,20 (0,81-1,79)	
Nord-Norge	69 (35)		1,45 (0,99-2,11)	

¹ Antall foreldre som hadde sett/mottatt brosjyren innen hver uavhengig variabel. Prosent i parentes² Justert for alle variabler i kolonnen

— Ingen signifikant sammenheng ble funnet i univariat analyse

Uthevede tall representerer signifikante funn

Oppsummering av bakgrunnsfaktorer i sammenheng med mottak av informasjonsmateriell

Tabell 26 oppsummerer signifikante funn for sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer for spedbarn/foreldre og de som ikke hadde sett/mottatt informasjonsbrosjyrene "Hvordan du ammer ditt barn" og "Mat for spedbarn".

Sammenhengen mellom mottak av "Hvordan du ammer ditt barn" og landsdel var signifikant både i 1998 og i 2006. Ingen andre sammenhenger var signifikante ved begge studietidspunkt. I 1998 ble det for mottak av "Mat for spedbarn" funnet signifikante assosiasjoner med antall barn og landsdel. I 2006 ble det funnet flere signifikante sammenhenger mellom mottak av "Hvordan du ammer ditt barn" og bakgrunnsfaktorer enn hva som var tilfelle i 1998. Antall barn, røyking og landsdel var variabler som hadde en signifikant sammenheng i 2006. For mottak av "Mat for spedbarn" i 2006 ble kun røyking funnet å ha en signifikant sammenheng (tabell 26).

Tabell 26. Oppsummering av signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og de som ikke hadde sett/mottatt informasjonsbrosjyrene. Funn fra logistiske regresjonsanalyser

Variabel	Har ikke sett/mottatt "Hvordan du ammer ditt barn" (jfr. tabell 24)	Har ikke sett/mottatt "Mat for spedbarn" (jfr. tabell 25)
Antall barn	Høyere OR jo flere barn (-06)	Lavere OR hvis 2 barn (-98)
Røyking ved 6 mnd	Høyere OR om røyk = ja (06)	Høyere OR om røyk = ja (06)
Landsdel	Lavere OR for Nord (-98) og Øst-, Vest og Nord (-06)	Signifikant i 1998

4.4.6 Trend over tid for informasjonsmateriell i sammenheng med bakgrunnsfaktorer og anbefalinger

Den eneste bakgrunnsfaktoren som ble funnet å ha en vedvarende trend over tid, i forbindelse med informasjonsmateriellet, var landsdel. Hvor i Norge man var bosatt hadde en signifikant sammenheng med mottak av brosjyren "Hvordan du ammer ditt barn" ved begge studietidspunkt. Mottak av begge brosjyrer hadde også sammenheng

med antall barn og røyking, men funnene var sprikende i forhold til om sammenhengen ble funnet i 1998 eller i 2006.

For opplevd nytteverdi av informasjonsmateriellet var det ingen signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og ”Mat for spedbarn”. For ”Hvordan du ammer ditt barn” var imidlertid fødselsvekt, mors alder og sivil status signifikant assosiert, men også her var funnene sprikende fra 1998 til 2006. Opplevd nytteverdi av informasjonsmateriellet ble også funnet å ha sammenheng med amming ved 6 måneder, ammeslutt <4 måneder og vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. Det ble funnet signifikante sammenhenger for begge informasjonsbrosjyrene, men funnene var sprikende fra 1998 til 2006.

4.4.7 Andel foreldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring

Over halvparten av foreldrene ønsket mer informasjon om spedbarnsernæring ved begge studietidspunkt (**tabell 27**). Mange ønsket informasjon om hjemmelaget spedbarnsmat og andelen som ønsket slik informasjon var høyere i 2006 enn i 1998. Det var også en høyere andel som ønsket informasjon om valg av grøttyper i 2006, sammenlignet med i 1998. Mange ønsket informasjon om matvareallergi og intoleranse, men denne andelen var noe lavere i 2006 enn i 1998. I og med at det var flere avkrysningsalternativer i 1998 enn i 2006 var andelen i kategorien ”Annet” mye høyere i 1998 enn i 2006. I ”Annet” i 1998 inngikk ”Hvordan barnet skal begynne med fast føde”, ”Fett i spedbarnsmaten” og ”Andre tema”, mens kun ”Andre tema” var inkludert i kategorien i 2006. Forskjellene er ikke testet statistisk på grunn av forskjeller i avkrysningsalternativer mellom de to studietidspunktene.

Tabell 27. Andel spedbarnsforeldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring og tema de ønsker informasjon om

	Spedkost 1998 (n=2364)		Spedkost 2006 (n=1986)	
	n	%	n	%
Ønsker mer info				
Ja	1243	53	1061	53
Nei	889	38	779	39
Vet ikke	229	10	117	6
Tema				
Amming	141	6	101	5
Bruk av MME/annen melk	271	11	194	10
Tidspunkt for oppstart fast føde	425	18	388	20
Hjemmelaget spedbarnsmat	886	37	858	43
Tran/kosttilskudd	334	14	232	12
Valg av grøttypen	434	18	589	30
Matvareallergi/intoleranse	760	32	563	28
Annet ¹	1146	48	82	4

¹Flere avkrysningsalternativer i 1998. Alternativer som ikke var inkludert i begge spørreskjema er inkludert i "Annet"

5. Diskusjon

Styrker og begrensninger ved metode, design og utvalg samt intern og ekstern validitet diskuteres i de neste avsnittene. Deretter diskuteres funnene fra foreliggende studie mer i detalj og ses i sammenheng med annen relevant litteratur.

5.1 Metode

Det ble valgt å bruke semi-kvantitative matvarefrekvensskjema (SFFQ) for å kartlegge kostholdet til spedbarna i 1998 og i 2006. Bakgrunnen for dette var at dette er mindre arbeids- og ressurskrevende enn andre metoder og sikrer rask bearbeiding og rapportering (7). Matvarefrekvensskjemaer (FFQ) anses som den primære metoden for å undersøke kosthold i epidemiologiske studier. De er praktiske til epidemiologiske formål, da de er enkle for respondenten å fylle ut og da som oftest selv-administrerte. Man kan rekruttere deltakere over et stort geografisk område. Etterbehandling er rimelig og enkelt å databehandle, slik at mange deltakere er oppnåelig og overkommelig. Begrensninger ved bruk av FFQ er blant annet at det lukkede formatet kan gi et ensartet bilde av deltakernes kosthold, og at deltakerne kan ha problemer med å huske hvor ofte og hvor mye de vanligvis spiser av de oppgitte matvarene (81, 87). I foreliggende studie, der kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn kartlegges, representerer morsmelk eller MME sannsynligvis en stor del av kostholdet til de fleste barna, noe som bidrar til å begrense problemer med å huske hyppighet og mengde som inntas av ulike matvarer (88).

Spørreskjemaene som ble brukt i Spedkost 1998 og i Spedkost 2006 er ikke identiske. Flere forskjeller er til stede, noe som kan ha påvirket studieresultatene. I 1998 fikk man data fra SSB om barnets kjønn, mors alder, mors/barnets bosted (fylke, region, kommunetype) og mors sivil status, mens man i 2006 kun fikk data fra SSB om landsdelstilhørighet og bostedstype for barnet/foresatte. Unøyaktigheter i utfylling av kjønn, mors alder og mors sivil status kan derfor muligens være til stede i dataene fra

2006. Det er imidlertid heller ikke gitt at opplysninger fra SSB alltid er helt korrekte og oppdaterte.

Definisjonen for fullamming var ulik ved de to studietidspunktene. I 1998 kunne vann og eventuelle kosttilskudd være inkludert i tillegg til morsmelk, mens definisjonen i 2006 var strengere og kun inkluderte morsmelk og eventuelle kosttilskudd.

Anbefalinger for varighet av fullammingsperioden og introduksjonstidspunkt for fast føde ble også endret i 2001, noe som betyr at det var forskjeller i anbefalingene for spedbarnsernæring ved de to Spedkoststudiene. Sammenligninger mellom 1998 og 2006 må derfor gjøres med forsiktighet.

Enkelte spørsmålsstillinger i spørreskjemaene var også ulike ved de to studietidspunktene. Når det gjelder spørsmålet om når barnet første gang fikk kosttilskudd, ble det i 1998 spurt om hvor gammelt barnet var da det begynte å få tran eller annet kosttilskudd, mens det i 2006 ble spurt om hvor gammelt barnet var da det første gang fikk vitamin D-tilskudd. Da det var tilskudd av vitamin D man hovedsakelig ønsket informasjon om i foreliggende studie, er dataene fra de to undersøkelsene derfor ikke direkte sammenlignbare. Det er imidlertid grunn til å anta at de fleste andre kosttilskudd som ble gitt spedbarn i denne perioden inneholdt vitamin D, som for eksempel Biovit, Sanasol og andre multivitaminmiksturer. Rekkefølgen for frekvenser av ulike mat- og drikkevarer var endret fra 1998 til 2006. I 1998 var ”ganger pr. døgn” oppgitt før ”ganger pr. uke”, mens rekkefølgen var motsatt i 2006. I foreliggende studie inngår imidlertid ikke mengdeberegninger av inntak, slik at frekvensrekkefølgen ikke vil ha hatt noen innvirkning på analyseresultatene. Spørsmålsstillingen rundt informasjon om spedbarnsernæring var heller ikke identisk ved de to studietidspunktene. I 1998 ble spedbarnsforeldrene spurt om hvor de hadde fått informasjon om spedbarnsernæring og hvordan de vurderte denne informasjonen. Brosjyren ”Hvordan du ammer ditt barn” og brosjyren ”Mat for spedbarn” var egne avkrysningsalternativer. I 2006 ble et tilsvarende spørsmål stilt, men brosjyrene inngikk da ikke som egne svaralternativer. Isteden var det et eget spørsmål som tok for seg om man hadde fått eller sett disse brosjyrene og hvordan

denne informasjonen ble vurdert. Det ble altså spurt mer direkte om mottak og nytteverdi av informasjonsbrosjyrene i 2006 enn hva som var tilfelle i 1998. Også spørsmålet som omhandlet hvilke tema i forhold til spedbarnsernæring foreldrene ønsket mer informasjon om var noe forskjellig mellom de to studietidspunktene. I spørreskjemaet fra Spedkost 1998 var det inkludert to avkrysningsalternativer mer enn i 2006. Dette kan ha påvirket forskjeller i hvilke tema foreldrene oppga at de ønsket mer informasjon om.

Disse forskjellenes eventuelle innvirkning på resultatene drøftes nærmere under diskusjonen av spesifikke resultater.

5.2 Studiedesign

Fordeler med tverrsnittstudier er at de er relativt lite ressurskrevende både med hensyn til tid og økonomi. Mange ulike variabler (sykdommer og risikofaktorer) kan studeres og de er egnet til å beskrive prevalens av en tilstand. Den største ulempen ved tverrsnittstudier er at de ikke gir noen informasjon om årsakssammenheng (81). Det er, i foreliggende studie, derfor vanskelig å konkludere med at ulike bakgrunnsfaktorer ved spedbarn og deres foreldre er den direkte årsaken til forskjeller i hvem som følger anbefalingene for spedbarnsernæring, nyttiggjør seg informasjonsmateriell om spedbarnsernæring samt har sett eller mottatt informasjonsmateriellet. Det samme er tilfelle for opplevd nytteverdi av informasjonsmateriellet sett i sammenheng med anbefalinger for spedbarnsernæring. I denne masteroppgaven er data fra 1998 og 2006 sammenlignet, og slike repeterte tverrsnittstudier kan anvendes for å studere endring over tid (81). Man kan imidlertid ikke si noe sikkert om hvordan utviklingen har vært i perioden i mellom de to undersøkelsestidspunktene, da man kun studerer kostholdet til spedbarna på to tidspunkt; i 1998 og i 2006.

5.3 Utvalg og seleksjonsskjevhet

Intern validitet er en feilaktig vurdering av sammenhengen mellom årsak og effekt i målpopulasjonen og påvirkes av seleksjonsskjevhet, informasjonsskjevhet og konfundering (89).

Både Spedkost 1998 og Spedkost 2006 hadde et høyt antall deltakere, noe som er viktige styrker ved studiene. Statistisk styrke og sannsynlighet for å oppdage reelle forskjeller som statistisk signifikante, øker når en studie har et høyt antall deltakere (90). I 1998 var svarprosenten høyere enn i 2006 (hhv 80 % og 66 %).

Deltakerprosenten i 2006 kan allikevel karakteriseres som god, da gjennomsnittlig svarprosent for undersøkelser publisert i medisinske tidsskrift er funnet å være rundt 60 prosent (91). Den lavere svarprosenten i 2006, sammenlignet med i 1998, gjør at man kan stille spørsmål ved om det er en spesiell gruppe som velger ikke å delta i 2006. En slik endring i svarprosent kan også gi usikkerhet i sammenlikning mellom undersøkelsene. Deltakerne i de ulike studiene kan representere ulike grupper og dermed er det vanskelig å vite om funnene fra studiene uttrykker forskjeller mellom grupper eller forandringer over tid (81). Mødrene som deltok i Spedkost 2006 var signifikant eldre og hadde høyere utdanning enn mødrene som deltok i Spedkost 1998. Statistikk fra SSB viser at kvinners gjennomsnittsalder ved fødsel har økt på landsbasis med ett år fra 29,3 i 1998 til 30,3 i 2006 (92). Andelen unge kvinner som har høyere utdanning i landet generelt har også økt betydelig de siste ti år. I oktober 2009 hadde over 50 prosent av kvinner i alderen 25-29 år høyere utdanning, mens tilsvarende andel i 1999 var 39 prosent (93). Det ser altså ut til at forskjellene i alder og utdanning mellom Spedkostundersøkelsene gjenspeiles i landet forøvrig. I Spedkost 2006 var også signifikant flere mødre utarbeidende på heltid før svangerskapet, færre røyket og en høyere andel var bosatt i byer og tettbygde strøk med over 100 000 innbyggere, sammenlignet med i Spedkost 1998. Denne utviklingen var også i samsvar med utviklingen i samfunnet generelt. Færre kvinner jobber i dag deltid enn for ti år siden, og arbeidsløsheten er lavere (94). Antall dagligrøykere har gått ned de siste 10-12 år (95). I Norge har man siden siste halvdel

av 1990-tallet, i motsetning til de fleste andre vesteuropeiske land, sett at norske flyttetrender fortsatt preges av urbanisering (96).

Studieutvalgene i spedkostundersøkelsene er diskutert nærmere i relasjon til studiepopulasjonen som helhet i avsnitt 5.6 om ekstern validitet.

5.4 Informasjonsskjevhet

Informasjonsskjevhet oppstår ved at studiedeltakerne, bevisst eller ubevisst, oppgir feilaktig informasjon, eller at feilaktig informasjon på annen måte blir registrert under studien (81). Lande rapporterte i sin doktoravhandling, om spedbarnskost i Norge, at fordeler med kostholdsundersøkelser blant spedbarn er at foreldrene ofte har høyt fokus og oppmerksomhet rundt spedbarnets kosthold i denne perioden samt at et relativt begrenset antall matvarer inntas av spedbarnet de første 6 levemånedene (6). Dette kan trolig lette rapporteringen noe. Utfordringer er de raske endringene i spedbarnets kosthold som foregår i denne perioden og at ikke all mat som serveres konsumeres (6). Videre kan det være vanskelig å huske tilbake i tid med hensyn til tidspunkt for ammeslutt, introduksjonstidspunkt for fast føde og introduksjonstidspunkt for vitamin D/annet kosttilskudd. Sosiokulturelt press om å ha et "riktig" kosthold kan medføre at personer med lavt inntak av sunn mat kan fristes til å overestimere slikt inntak og personer med høyt inntak av usunn mat underestimere sitt inntak av slik mat (97). Det er i dag "forventet" at norske kvinner ammer og mange føler et sosialt press, noe som muligens kan medføre overrapportering av ammevarighet. De første 6 måneder med et spedbarn i hjemmet er en periode av livet som kan være preget av stress og søvnmangel. Dette kan muligens føre til unøyaktigheter i rapportering av ammevaner, introduksjon av fast føde og kosttilskudd, samt bruk av informasjonsmateriell. En amerikansk studie av Gillespie og medforfattere viste at ammevarighet blant mødre som avsluttet ammingen på et tidlig stadium hadde en tendens til å bli overestimert når den ble spurt om både når barnet var 6 måneder gammelt og 1-3,5 år senere (98). En noe eldre

svensk studie viste imidlertid at retrospektive spørsmål om ammevarighet ved 6 måneders alder hadde god validitet (99), det samme ble funnet i en oversiktsartikkel fra 2005 der Li og medforfattere fant at validitet og reliabilitet av mødres rapportering av ammevarighet var god så lenge den ble rapportert ikke senere enn tre år etter ammeslutt (100).

Feiltolkning av spørsmål, manglende svaralternativ eller at respondenten har krysset feil kan også medføre at feil svar oppstår. For å minimere informasjonsskjevhet bør spørreskjemaet være validert for den aktuelle studiepopulasjonen (81). Validiteten til et FFQ henviser til i hvilken grad spørreskjemaet måler de kostholdsaspekter det var utviklet for å måle (87). En mulig svakhet ved Spedkost – 6 måneder studiene er at de brukte spørreskjemaene ikke ble validert. Årsaker til at dette ikke ble vurdert som nødvendig var at kostholdet ved 6 måneders alder antas å være dominert av morsmelk eller MME og at spedbarn på dette alderstrinnet inntar et relativt begrenset antall matvarer (88).

5.5 Konfundering

En konfunderende variabel er en forklaringsvariabel (uavhengig variabel) som viser samvariasjon med både den avhengige variabelen og en eller flere av forklaringsvariablene i modellen. Dersom størrelsen endrer seg vesentlig fra det ujusterte til det justerte effektestimatet, sier vi at det er konfundering (81).

Regresjonsmodellene som undersøker sammenhengen mellom anbefalinger for spedbarnsernæring og informasjonsmateriell, i relasjon til bakgrunnsfaktorer, er justert for en rekke bakgrunnsvariabler hos både spedbarn og foreldre. Andre faktorer, som i litteraturen er vist å henge sammen amming, er etablering av amming, hjelp og veiledning fra helsetjenesten (63), mors holdninger og mestringsevne i forhold til amming, fars holdninger til amming (55), fars utdannelse (60, 61), bruk av MME de første døgn etter fødsel (55), fødselsmetode, melkeproduksjon, helseproblemer hos barnet og fedme hos mor (56). Det er ikke kontrollert for disse faktorene i

foreliggende studie, da informasjonen ikke var tilgjengelig (med unntak av fars utdannelse som det fantes opplysninger om kun i 2006). Lande antyder i sin doktoravhandling om spedbarnsernæring i Norge (basert på Spedkost 1998-undersøkelsen) at inklusjon av disse variablene ikke ville ha hatt noen betydelig innvirkning på resultatene (6). Faktorer som er vist å henge sammen med introduksjonstidspunkt for fast føde er allergisk predisposisjon hos spedbarnet og mors kroppsmasseindeks (KMI) (101). Litteratursøk tyder på at det ikke er beskrevet andre faktorer (enn de som alt er inkludert i analysene i foreliggende studie) som er vist å ha sammenheng med introduksjon og tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd.

5.6 Ekstern validitet

Ekstern validitet er knyttet til resultatenes generaliserbarhet. Det er problematisk dersom de som deltar i studien skiller seg fra studiepopulasjonen med hensyn til de aktuelle eksponerings- og responsvariablene (81). Sammenlignet med data fra alle som ble født i Norge i 1998 og i 2006, er det noen avvik for deltakerne i Spedkoststudiene i fordeling av kjønn, fødselsvekt, mors alder, mors utdanning, antall barn mor har født, landsdelstilhørighet og mors sivil status. I både Spedkost 1998 og Spedkost 2006 hadde spedbarna en noe høyere fødselsvekt enn landsgjennomsnittet, det samme gjaldt mors gjennomsnittsalder (8, 12) og mors utdanning (8, 102). Disse forskjellene ble imidlertid vurdert som ubetydelige av både Lande (85) og Kristiansen (86) i publiserte studier med bakgrunn i Spedkostundersøkelsene fra henholdsvis 1998 og 2006.

Det ble antatt at kostholdet til spedbarn født i april og mai var likt kostholdet til barn født på andre tidspunkt av året. Det er mulig at spedbarn født på våren og sommeren har mottatt mer vann i løpet av de første levemånedene sammenlignet med spedbarn født andre tider på året, men dette er trolig ikke like vanlig i Norge som i land med varmere klima (6).

5.7 Statistikk og databehandling

I denne masteroppgaven gjøres det mange statistiske analyser. Det øker sannsynligheten for å finne statistisk signifikante resultater ved tilfeldigheter. Et strengere signifikansnivå som $p < 0,01$ kunne muligens vært hensiktsmessig for å redusere sjansen for å få type 1 feil. Type 1 feil er å finne et falskt positivt svar når det ikke er noen reell forskjell (90). Både Spedkost 1998 og Spedkost 2006 hadde et høyt antall deltakere. Det øker sjansen for å få lave, statistisk signifikante p-verdier, selv om ikke den kliniske relevansen eller absolutte forskjellen er av stor betydning (103).

5.8 Diskusjon av resultater

Basert på data fra to store landsomfattende kostholdsundersøkelser ble trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn undersøkt, med fokus på fullamming, amming, introduksjon av fast føde, introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder og tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder.

Videre ble bakgrunnsfaktorer for spedbarn og foreldre studert i forhold til anbefalinger for spedbarnsernæring. Informasjonsmaterieell om spedbarnsernæring ble evaluert i forhold til mottak, opplevd nytteverdi og bakgrunnsfaktorer for spedbarna og foreldrene. Anbefalinger for spedbarnsernæring ble også studert i forhold til eventuell sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsmateriellet.

5.8.1 Hovedfunn

Spedbarn på 6 måneder har i hovedsak et kosthold i samsvar med anbefalingene for spedbarnsernæring. Resultatene fra foreliggende studie viste en utvikling med stort sett positive, men også enkelte mindre ønskelige, aspekter fra 1998 til 2006. I 2006 ble færre spedbarn introdusert for fast føde før 4 måneders alder, flere ble fullammet ved 5 og 6 måneders alder og flere ble introdusert for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder, sammenlignet med i 1998. I 1998 ble imidlertid flere spedbarn fullammet og ammet de første leveukene, sammenlignet med i 2006. Andelen

ammende barn ved 4 til 6 måneders alder var lik, og holdt seg høy, ved de to studietidspunktene.

Flere spedbarnsforeldre hadde sett eller mottatt informasjonsbrosjyrene ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” i 2006, sammenlignet med i 1998 og flere opplevde også brosjyrene som svært nyttig eller nyttig i 2006, sammenlignet med i 1998.

En rekke bakgrunnsfaktorer for spedbarna og deres foreldre ble funnet å henge sammen med anbefalingene for spedbarnsernæring. Røyking var den faktoren som så ut til å ha sammenheng med flest av variablene for spedbarnsernæring. Andre viktige bakgrunnsfaktorer var mors utdanning, mors alder og antall barn. Det ble funnet flere signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og anbefalinger i 1998, sammenlignet med i 2006.

For opplevd nytteverdi og mottak av informasjonsbrosjyrene ble det funnet færre sammenhenger med bakgrunnsfaktorer, enn hva som var tilfelle for anbefalingene. Den eneste faktoren som hadde en signifikant sammenheng ved begge studietidspunkt var landsdel (for mottak av ”Hvordan du ammer ditt barn”). Faktorer som viste assosiasjon med å ha sett/mottatt brosjyrene var antall barn, røyking og landsdel. For opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” ble fødselsvekt, mors alder og sivil status funnet å ha en sammenheng. Ingen bakgrunnsfaktorer ble funnet å ha en signifikant sammenheng med opplevd nytteverdi av ”Mat for spedbarn”. Det ble funnet flere signifikante sammenhenger i 2006 enn i 1998.

Opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene ble også funnet å henge sammen med enkelte variabler for spedbarnsernæring, som ammeslutt før 4 måneder, amming ved 6 måneder og vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. Ingen sammenhenger var signifikante ved begge studietidspunkt og flest signifikante sammenhenger ble funnet i dataene fra 2006.

Godt over halvparten av spedbarnsforeldrene ønsket ved begge studietidspunkt mer informasjon om spedbarnsernæring.

Resultatene for trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn, samt mottak og opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell, er diskutert i mer detalj og i sammenheng med annen relevant litteratur nedenfor.

5.8.2 Trend over tid i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn

Varighet av fullammingsperioden

Det var en høyere andel spedbarn som ble fullammet de første leveukene og frem til 3 måneders alder i 1998, sammenlignet med i 2006. Dette samsvarer med utviklingen i Sverige, der andelen fullammede spedbarn sank med over fire prosent første leveuke i perioden 2004 til 2008 (104). Ved 5 og 6 måneders alder var andelen fullammede spedbarn imidlertid høyere i 2006 enn i 1998 her i landet. Nye anbefalinger for spedbarnsernæring fra 2001 (15) samt ulik definisjon av fullamming ved de to studietidspunktene, gjør at resultatene fra Spedkost 1998 og Spedkost 2006 ikke er direkte sammenlignbare. I 1998 var anbefalingen at spedbarn burde fullammes til de var 4-6 måneder gamle, og at fast føde burde introduseres ved 4-6 måneders alder. Disse anbefalingene ble endret i 2001 (15) i samsvar med anbefalinger fra WHO (16), noe som betyr at i Spedkost 2006 var anbefalingen å fullamme i 6 måneder og introdusere fast føde først fra 6 måneders alder (15). Videre var det i 1998 slik at spedbarnet kunne få vann og eventuelle kosttilskudd og likevel være "fullammet", mens kriteriene for fullamming i 2006 var strengere, og kun inkluderte morsmelk og eventuelle kosttilskudd. Den høyere andelen fullammede spedbarn den første tiden i 1998 skyldes derfor muligens at fullammingsdefinisjonen ikke var like streng som i 2006. Det at flere fullammes ved 5 og 6 måneders alder i 2006 er trolig et resultat av den endrede anbefalingen om å fullamme til barnet er 6 måneder gammelt.

Andelen som fullammes ved 6 måneders alder i Norge ser ut til å være noe lavere enn hva som er funnet i landsdekkende studier fra land som Sverige (105) og USA (106), der henholdsvis 10 prosent i 1997-99 og 11 prosent i 2006 ble fullammet ved 6 måneders alder og betydelig lavere enn i Tyskland der andelen fullammede i en studie blant over 3000 tyske spedbarn i 2005 ble funnet å være 21 prosent (107). Yngve og

Sjöström oppgir i sin kartlegging av amming i land i EU og EFTA at sammenligninger av fullammingsdata på tvers av land kan være problematisk, blant annet fordi definisjoner for fullamming i ulike land kan være ulike og utvalgsstørrelse og datainnsamling kan variere betraktelig (108). Muligens kan den strenge definisjonen av fullamming i Norge være en av årsakene til at Norge ser ut til å ha en lavere prevalens av fullamming ved 6 måneders alder enn flere andre land i både Europa og Amerika. Yngve og Sjöström oppgir betalt foreldrepermisjon av lengre varighet som en av de viktigste faktorene for å øke fullammingsperioden (109). Da det i Norge er meget gode ordninger for betalt svangerskapspermisjon, skulle man tro at prevalensen av fullamming ville vært enda høyere i Norge.

Varighet av ammeperioden

De første leveukene ble de aller fleste norske spedbarn ammet både i 1998 og i 2006. Samme høye forekomst av amming de første leveukene er funnet i Sverige (110). Andelen ammede spedbarn i Norge sank til 85 prosent ved 4 måneders alder og ved 6 måneders alder ble 80 prosent av spedbarna ammet ved begge studietidspunkt. Det var en noe høyere andel som ble ammet de første 6 leveukene i 1998, sammenlignet med i 2006. Deretter jevnet det seg ut og andelen ammede var lik fram til 6 måneders alder i 1998 og i 2006. Selv om forskjellen var statistisk signifikant er den allikevel å regne som marginal (1-2 % forskjell), og tallene var høye ved begge studietidspunkt. Statistikk fra Sverige viser at det har vært en nedadgående trend av andelen mødre som ammer sine barn i Sverige i perioden fra 2004 til 2008, uten at man kan forklare årsaken. Jo eldre barna er, desto tydeligere er nedgangen (104). I Norge er det imidlertid vist en positiv ammeutvikling totalt sett det første leveåret, der andelen ammede barn ved 12 måneders alder var 46 prosent i 2007, mot 36 prosent i 1999 (111, 112). Andelen ammede spedbarn ved 6 måneders alder ser ut til å være betydelig høyere i Norge enn i andre europeiske land som eksempelvis Storbritannia, Italia og Tyskland, der prevalensen av amming var henholdsvis 42, 47 og 37/30 (hhv Vest- og Øst-Tyskland) prosent i landsdekkende studier fra henholdsvis 1995, 1999 og 1997 (113-115). De nordiske landene er tradisjonelt kjent for å ha en høy prevalens

av amming (52). Andelen ammede barn ved 6 måneders alder ble eksempelvis, i en kartlegging av ammesituasjonen i Europa gjennomført av Cattaneo og medforfattere, funnet å være 65 prosent på Island i 2000 (116). En landsdekkende studie fra Sverige i 1999 fant at ammeprevalensen ved 6 måneders alder var i underkant av 70 prosent (105). Mulige årsaker til den høye prevalensen av amming i Skandinavia og Norden, sammenlignet med andre vestlige land, oppgis av Brekke og medforfattere å være gode ordninger for svangerskapspermisjon og sosial aksept for amming på offentlige steder (105).

Introduksjon av fast føde

Årsaken til at en høyere andel introduserte fast føde før 4 måneders alder og at en høyere andel fikk fast føde når de var 4 måneder gamle i 1998, sammenlignet med i 2006, skyldes trolig ulike anbefalinger ved de to studietidspunktene. Mens anbefalingen i 1998 var å introdusere fast føde ved 4-6 måneders alder, var den i 2006 å vente til 6 måneders alder. ABIS-studien (All Babies in Southeast Sweden study) som tok for seg over 10 000 svenske spedbarn født i 1997-1999 viste at under fem prosent av svenske spedbarn ble introdusert for fast føde før 4 måneders alder (105). Samme lave andel ble funnet i en studie blant 3000 sveitsiske spedbarn i 2003 (101). Dette er betydelig lavere andeler enn hva som ble funnet i både Spedkost 1998 (24 %) og i Spedkost 2006 (12 %). The Euro-Growth Study fra 12 europeiske land, blant over 2000 barn født i 1990-1993, viste imidlertid at over halvparten av spedbarna i studien var introdusert for fast føde innen de var 3 måneder gamle (54). Quebec Longitudinell Study of Child Development blant mer enn 2000 Canadiske barn i 1998 viste at over 60 prosent fikk fast føde før de var fylt 4 måneder (117).

Vitamin D/annet kosttilskudd

Flere spedbarn ble introdusert for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder i 2006 (23 %), sammenlignet med i 1998 (19 %). En årsak til at flere foreldre fulgte anbefalingen om introduksjon ved 4 ukers alder i 2006, sammenlignet med i 1998, kan muligens være at vitamin D i dråpeform ble lansert i Norge i 2000 og dermed

bidro med et alternativ til tran. Vitamin D i dråpeform kan trolig oppleves som enklere å gi spedbarnet, sammenlignet med tran, på grunn av mindre søl, lukt, flekker på klær, gulping etc. Det var imidlertid ikke signifikant flere som fikk vitamin D eller annet kosttilskudd ved 6 måneders alder i 2006, sammenlignet med i 1998.

Litteratursøk tyder på at det ikke foreligger publiserte data fra andre land på andel spedbarn som får tilskudd av vitamin D ved 4 ukers alder. Alle land har heller ikke en slik anbefaling som vi har i Norge og de andre nordiske landene, der det anbefales at spedbarn får tilskudd av vitamin D fra de er 2-4 uker gamle og opp til 2 års alder (15, 52).

Henholdsvis 81 og 83 prosent av spedbarna som deltok i Spedkost 1998 og Spedkost 2006 fikk tilskudd av vitamin D eller annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. The Finnish Type 1 Diabetes Prediction and Prevention Nutrition Study (DIPP-studien), blant finske spedbarn født i 1997-1998 med en genetisk predisposisjon for diabetes type 1, viste at 91 prosent av spedbarna fikk tilskudd av vitamin D ved 6 måneders alder (58). I Sverige (ABIS-studien) fikk 99 prosent av 1 år gamle svenske barn kosttilskudd i form av vitamin A og D-dråper (105), mens tilsvarende andel som fikk tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 1 års alder i Norge var 74 og 67 prosent i henholdsvis 1998 og 2006 (111, 112).

5.8.3 Hvem følger anbefalingene for spedbarnsernæring?

En rekke bakgrunnsfaktorer for spedbarn og spedbarnsforeldre ser ut til å være relatert til hvem som følger anbefalingene for spedbarnsernæring.

Faktorer forbundet med fullamming og amming

Utdanning

Mødre med høyere utdanning hadde høyere odds for å fullamme ved 4 måneders alder og for å amme ved 6 måneders alder samt lavere odds for å avslutte ammingen før 4 måneders alder, sammenlignet med mødre med lavere utdanning både i Spedkost 1998 og i Spedkost 2006. Høyere utdanning var bare assosiert med høyere

odds for fullamming ved 5,5 måneders alder i 1998. En stor svensk kohortstudie (n=10 205) fra 1999 (ABIS-studien) viste at en av de største risikofaktorene for å fullamme kortere enn 4 måneder var lav utdanning hos mor (61). Utdanning er en faktor som gjennomgående i litteraturen er vist å ha en sammenheng med prevalens og varighet av amming (56, 108, 113, 118-120).

Mors alder

Mødre som var 25 år eller eldre viste ved begge studietidspunkt en negativ assosiasjon med å avslutte ammingen før 4 måneders alder. I 1998 hadde mødre eldre enn 25 år høyere odds for å fullamme ved 4 måneders alder, sammenlignet med yngre mødre. Dette er også vist i flere andre studier (56, 61, 113, 118-120), men ble ikke funnet i Spedkost 2006. En studie blant over 1000 italienske spedbarn i perioden 1999-2000 viste at median ammevarighet blant mødre over 30 år var 6,2 måneder, mot 3,6 og 3,9 måneder for henholdsvis mødre under 25 år og mødre mellom 26 og 30 år (114).

Røyking

Røyking viser gjennomgående en negativ sammenheng med fullamming og amming i litteraturen (55, 56, 61, 120, 121). Spedkoststudiene bekrefter andre studieresultater ved å vise lavere odds for fullamming ved 4 måneder, fullamming ved 5,5 måneder og amming ved 6 måneders alder for røykende mødre, sammenlignet med ikke-røykende mødre, ved begge studietidspunkt. Tilsvarende hadde mødre som røyket høyere odds for ammeslutt før 4 måneders alder. Kohlhuber og medforfattere foreslår i sin artikkel om ammeprevalens og varighet blant tyske spedbarn (122), at en mulig forklaring på at røykende mødre i mindre grad ammer enn ikke-røykende mødre kan være motstridende interesser mellom ønsket om å amme og trangen til å gjenoppta røykingen etter svangerskapet. Mødre kan være bekymret for at barnet kan ta skade dersom man ammer og røyker samtidig (122). En annen årsak til at røyking er forbundet med redusert varighet av både fullamming og amming kan være at røyking sannsynligvis er forbundet med mindre melkeproduksjon og lavere fettinnhold i morsmelken (123, 124). I en longitudinell kohortstudie blant over 11 000 britiske

mødre konkluderes det imidlertid med at årsaken til at røykende mødre ammer i mindre grad enn ikke-røykende mødre skyldes lavere motivasjon blant røykende mødre, heller enn fysiologiske effekter av røyking på melkeproduksjon (125).

Antall barn

Oddsene for å fullamme ved 4 måneders alder var høyere for mødre med flere barn, sammenlignet med mødre med ett barn, ved begge studietidspunkt. I 1998 var også flere barn forbundet med høyere odds for å fullamme ved 5,5 måneders alder og høyere odds for å amme ved 6 måneders alder. En amerikansk studie av Ford og medforfattere viste at varighet av amming ser ut til å øke med antall barn, i gjennomsnitt en halv måned lenger ammevarighet per barn (126). Det samme ble funnet i en studie av Simard som tok for seg ammevarighet blant lav-inntektskvinner i Canada (127). En ungarsk studie av Nagy og medforfattere fant imidlertid at varighet av amming økte med barn nummer to, men ingen signifikant økning i ammevarighet ble funnet for barn nummer tre (128). Årsaken til den positive sammenhengen mellom amming og antall barn foreslås av Lande og medforfattere å være tidligere ammeerfaring blant mødre med flere barn (85).

Fødselsvekt

Barn med fødselsvekt under 2500 gram hadde fire ganger høyere odds for å slutte å amme før 4 måneders alder samt lavere odds for å fullamme ved 4 måneders alder og amme ved 6 måneders alder, sammenlignet med barn med fødselsvekt over 4000 gram, både i 1998 og i 2006. Hediger og medforfattere fant tilsvarende at lav fødselsvekt var forbundet med lavere odds for fullamming ved 4 måneders alder i NHANES III-studien (National Health and Nutrition Examination Survey) blant mer enn 5000 amerikanske spedbarn (129). Prematuritet og flerfødsler er to blant flere årsaker som oppgis av Folkehelseinstituttet å ha sammenheng med lav fødselsvekt (130). Premature spedbarn er vist å ha en kortere ammevarighet, sammenlignet med barn født til termin og spedbarn med lav fødselsvekt blir i større grad enn andre barn separert fra moren den første tiden, noe som kan ha innflytelse på etablering av ammingen (127, 131).

Kjønn

Gutter hadde lavere odds for å bli fullammet ved både 4 måneder og ved 5,5 måneders alder sammenlignet med jenter i 1998, men denne forskjellen var ikke signifikant i 2006. Ekkola og medforfattere fant i en populasjonsbasert kohortstudie blant over 400 finske spedbarn i 1997 at færre gutter enn jenter ble fullammet i 4 måneder eller lenger (132). Scott og medforfattere fant at kvinner i Perth i Australia, som hadde født en sønn, hadde høyere odds for å avslutte ammingen på alle undersøkte tidspunkt, sammenlignet med kvinner som hadde født en datter (67). Perez-Escamilla og medforfattere foreslår i sin artikkel om fullamming i tre latinamerikanske land at mødre og enkelte helsearbeidere muligens har en oppfatning om at guttebarn har høyere ernæringsbehov og derfor trenger tilførsel av annen mat og drikke tidligere enn jentebarn (133).

Mors arbeidssituasjon før fødsel

I 1998 hadde mødre som ikke var utearbeidende før fødselen høyere odds for å avslutte ammingen før 4 måneder og lavere odds for å amme ved 6 måneders alder, sammenlignet med mødre som var utearbeidende på heltid før fødselen. I 2006 fant man at mødre som ikke var utearbeidende før fødselen hadde lavere odds for fullamming ved 4 måneders alder, sammenlignet med mødre som var heltids utearbeidende før fødselen. I analysene ble det skilt mellom de som var utearbeidende heltid, utearbeidende deltid og annet. Annet fungerte som en oppsamlingskategori med et bredt spekter som inkluderte mødre som blant annet var studenter, hjemmearbeidende, sykemeldte, under attføring, uføretrygdde eller arbeidsledige før fødsel. Sykemeldinger i forbindelse med svangerskapet skulle imidlertid ikke regnes med. Mødre som var sykemeldt eller uføretrygdet før fødsel kan muligens ha hatt dårligere forutsetninger for å amme. I en stor svensk studie fra 2007 med nesten 40 000 deltakere, fant forfatterne at mottak av arbeidsledighetstrygd var negativt assosiert med å amme ved 6 måneders alder (131).

Bostedstype

For amming ved 6 måneder og ammeslutt før 4 måneders alder ble det funnet en signifikant trend for bostedstype både i 1998 og i 2006. Mødre bosatt på steder med et høyere antall innbyggere hadde lavere odds for ammeslutt før 4 måneder og høyere odds for amming ved 6 måneders alder, sammenlignet med mødre bosatt på steder med få innbyggere. 1998 ble en slik trend også funnet for fullamming ved 4 og 5,5 måneders alder. Tilsvarende trender finner man også i Sverige, der forekomsten av amming er vist å være høyere i urbane, tettbygde strøk med et høyt antall innbyggere som i Stockholm, mens den er lavere på steder med lavere befolkningstetthet som eksempelvis Skåne og Örebro (104). I utviklingsland finner man imidlertid en motsatt sammenheng, der bosted i byer og tettbygde strøk er forbundet med en lavere prevalens og varighet av amming, sammenlignet med bosted på steder med færre innbyggere (63).

Faktorer forbundet med introduksjon av fast føde

Oddsene for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder var høyere for gutter, sammenlignet med jenter, både i 1998 og i 2006. Dette samsvarer med en britisk studie fra 2004, blant over 300 førstegangsmødre, der mødre med guttebarn hadde dobbelt så høy odds for å introdusere fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med mødre med jentebarn (134). I en finsk kohortstudie (DIPP-studien) blant over 400 spedbarn i 1997 var median introduksjonstidspunkt ved 3 måneders alder for gutter og ved 3,5 måneders alder for jenter (132). Erkkola og medforfattere argumenterer med at kjønnsforskjeller for introduksjon av fast føde kan reflektere en sosial stereotype om at gutter trenger å vokse raskere enn jenter (132). Rebhan og medforfattere fant imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom kjønn og introduksjon av fast føde i en tysk studie fra 2005 blant over 3000 spedbarn (107).

Høyere alder hos mor var forbundet med lavere odds for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder i 1998, men denne sammenhengen var ikke signifikant i 2006. En australsk kohortstudie (Perth Infant Feeding Study II) fant at mødre under 20 år hadde seksdoblet odds for introduksjon av fast føde før 17 ukers alder sammenlignet med

mødre over 30 år, mens mødre mellom 20 og 29 år hadde nesten 80 prosent høyere odds (135). Unge mødre er vist å ha høyere odds for tidlig introduksjon av fast føde også i flere andre studier (101, 134).

I 2006 ble det funnet en trend der foreldre med flere barn hadde lavere odds for introduksjon av fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med foreldre med ett barn. Det samme ble funnet av Dratva og medforfattere i en sveitsisk studie av over 3000 barn i 2003 (101). Mulige årsaker til senere introduksjon av fast føde blant foreldre med flere barn kan være økt kunnskap om anbefalinger for spedbarnsernæring fra tidligere samt erfaring med amming og det å ha et spedbarn i hjemmet.

Både i 1998 og i 2006 var høyere utdanning hos mor forbundet med lavere odds for tidlig introduksjon av fast føde. Det samme ble funnet i en amerikansk studie blant nesten 3000 spedbarn (Infant Feeding Practices Study II) fra 2007, der tidlig introduksjon av fast føde (<4 mnd) hadde høyere prevalens blant mødre med lav utdanning (136). Også i en nylig publisert europeisk studie blant spedbarn i Tyskland, Belgia, Italia, Spania og Polen ble lav utdanning hos mor funnet å være en prediktor for introduksjon av fast føde ved 3 og 4 måneders alder (137).

Oddsene for røykende mødre var doblet ved begge studietidspunkt. Dette samsvarer med funn fra blant annet den australske PIFS II-studien (135) og flere europeiske studier (101, 137).

I 1998 ble det funnet forskjeller i introduksjonstidspunkt for fast føde i forhold til landsdelstilhørighet. Spedbarn født i Nord-Norge hadde over dobbelt så høy odds for å bli introdusert for fast føde før 4 måneders alder, sammenlignet med spedbarn bosatt i Oslo/Akershus. Årsaken til at flere i de nordlige delene av Norge introduserer fast føde tidligere er ikke kjent. Ved begge studietidspunkt var det en trend for bostedstype, der et høyere antall innbyggere var forbundet med lavere odds for introduksjon før 4 måneders alder, sammenlignet med færre innbyggere.

Faktorer forbundet med tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd

Fødselsvekt under 2500 gram var assosiert med lavere odds for å introdusere vitamin D eller annet kosttilskudd ved 4 ukers alder i 1998, sammenlignet med fødselsvekt over 4000 gram. Barn med lav fødselsvekt er ofte premature og har dermed et begrenset lager av mange næringsstoffer, da akkumulering skjer i siste trimester. Disse barna anbefales tilskudd av enkelte vitaminer og mineraler etter fødsel, deriblant vitamin D (138). En mulig årsak til at barn med lav fødselsvekt ikke følger den offisielle anbefalingen om introduksjon av vitamin D ved 4 ukers alder kan altså være prematuritet, da disse barna allerede kan ha blitt introdusert for vitamin D eller annet kosttilskudd på et tidligere stadium. Gruppen med fødselsvekt under 2500 gram som ble introdusert for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder var imidlertid veldig liten (n=5), og gjør at denne sammenhengen må ses på som noe usikker.

Mødre på 35 år eller eldre hadde over dobbelt så høy odds for å gi tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med mødre under 25 år i 2006, men ingen signifikant effekt av mors alder ble funnet i 1998. Imidlertid var det i 1998 en signifikant trend for mors alder, med økende odds jo eldre mor var. Räsänen og medforfattere fant at inntak av vitamin D blant 1-3 år gamle barn oftere var tilstrekkelig blant mødre eldre enn 29 år og at vitamin D-tilskudd til 1 og 2 år gamle barn oftere ble brukt av mødre eldre enn 25 år, sammenlignet med yngre mødre (58).

Ved begge studietidspunkt var det en trend mot at foreldre med flere barn hadde lavere odds for å introdusere barnet sitt for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder samt lavere odds for å gi tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med foreldre med ett barn. Årsaken til dette er ikke lett å forklare, da flere barn ser ut til å ha en positiv innvirkning på flere av de andre anbefalingene for spedbarnsernæring. Räsänen og medforfattere hadde imidlertid tilsvarende resultater i en studie blant omkring 300 finske sped- og småbarnsfamilier, der det var mindre bruk av vitamin D-tilskudd ved 6 måneder og opp til 2 års alder i familier med flere enn ett barn, sammenlignet med familier med ett barn (58).

Marjamäki og medforfattere hadde også tilsvarende funn i en finsk studie av vitamin

D-tilskudd blant mer enn 200 barn som var 2-3 år gamle (139). I en islandsk longitudinell prospektiv studie blant omkring 100 mødre fant imidlertid Gudnadottir og medforfattere at inntak av vitamin D var signifikant lavere blant spedbarn født av mødre som hadde fått sitt første eller andre barn, sammenlignet med mødre som hadde fått tre til fem barn. I logistisk regresjonsanalyse var imidlertid ikke denne forskjellen signifikant (140).

Mors utdanning viste en positiv trend ved begge studietidspunkt, der høyere utdannelse hos mor var forbundet med høyere odds for tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. Marjamäki og medforfattere viste at foreldrenes utdanning er positivt assosiert med tilskudd av vitamin D ved 2 års alder (139).

Både i 1998 og i 2006 var røyking hos mor assosiert med lavere odds for å gi spedbarnet vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder. I 2006 var røyking i tillegg assosiert med lavere odds for introduksjon ved 4 ukers alder. Røyking ble vist av Schoetzaug og medforfattere å være en viktig bakgrunnsfaktor for de som ikke fulgte anbefalingene for spedbarnsernæring i et allergiforebyggingsprogram (141).

I 2006 fant man også en sammenheng mellom bostedstype og introduksjon ved 4 ukers alder, der deltakere bosatt i de nest mest befolkede områdene (20 000-99 999 innbyggere) hadde høyere odds for introduksjon av vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder, sammenlignet med deltakere bosatt i områder med under 2000 innbyggere.

5.8.4 Informasjonsmateriell

Opplevd nytteverdi og mottak av informasjonsmateriell

Signifikant flere foreldre oppga å ha sett eller mottatt ”Mat for spedbarn” enn ”Hvordan du ammer ditt barn” både i 1998 og i 2006. Det var en økning i andel foreldre som hadde sett/mottatt ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” i 2006, sammenlignet med i 1998. Andelen som opplevde brosjyrene som svært nyttig

var også noe høyere i 2006 i forhold til i 1998, mens andelen som opplevde brosjyrene som nyttig var noe lavere i 2006.

Forskjeller mellom 1998 og 2006 i forhold til spørsmålsstillingen rundt opplevd nytteverdi og mottak av informasjonsmateriell kan muligens ha påvirket resultatene. I 2006 ble det spurt mer direkte om mottak og opplevd nytteverdi av ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” enn i 1998. Dette kan muligens ha bidratt til at andelene var høyere i 2006, sammenlignet med i 1998.

I samfunnet generelt har det de siste tiår vært et økende fokus på viktigheten av å ha et sunt kosthold, særlig for barn og unge. Det har vært flere oppslag i media og offentlige kostholdsdebatter. Dette kan muligens ha bidratt til at befolkningen generelt, og spedbarnsforeldre spesielt, er mer opptatt av ernæring og dermed har en økende interesse for å lese informasjonsmateriell om spedbarnsernæring samt at flere opplever at slik informasjon har en nytteverdi. Markedsføring rettet direkte mot spedbarnsforeldre, der informasjon om blant annet spedbarnsernæring sendes direkte som nyhetsbrev til foreldre, er også i økende grad til stede. Eksempler på slike aktører er ”Liberoklubben” (142) og ”Nestlés barnematklubb” (143). Det var også en stor utvikling innenfor data- og mobilteknologien fra 1998 til 2006. I 1998 var det ikke like vanlig å ha tilgang til Internett og mobiltelefon som i 2006. Informasjon om spedbarnsernæring var dermed trolig lettere tilgjengelig for spedbarnsforeldre i 2006.

Hvem er de som opplever informasjonsmateriellet som svært nyttig/nyttig?

I 1998 hadde mødre mellom 25 og 34 år signifikant høyere odds for å anse både ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” som svært nyttig eller nyttig, sammenlignet med mødre yngre enn 25 år. Høyere alder ble også funnet av Koo og medforfattere å henge sammen med opplevd nytteverdi av medisinske informasjonsbrosjyrer blant revmatikere og pasienter med hypertensjon i en australsk studie fra 2003 (142).

Foreldrene til spedbarn med fødselsvekt under 2500 gram hadde lavere odds for å oppleve ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig eller nyttig, sammenlignet med foreldre til spedbarn som veide over 4000 gram ved fødsel. Som diskutert tidligere fant man at spedbarn med lav fødselsvekt hadde høyere odds for ammeslutt før 4 måneders alder ved begge studietidspunkt. Det er derfor naturlig at de da i mindre grad opplevde brosjyren om amming som svært nyttig eller nyttig, da barnet deres var 6 måneder gammelt ved kartleggingen.

I 2006 hadde foreldre som verken var gift eller samboere omkring halvert odds for å oppleve ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig eller nyttig, sammenlignet med foreldre som var gift eller samboere. En mulig årsak kan være at manglende hjelp, støtte og tilstedeværelse fra en partner den første tiden med et spedbarn i hjemmet kan medføre en følelse av at man har mindre tid og overskudd til å lese informasjonsmateriell om amming. Benzeval diskuterer imidlertid i sin oversiktsartikkel om årsaker til at enslige foreldre har dårligere helsestatus, sammenlignet med den øvrige befolkningen, at fysisk tilstedeværelse fra en partner i hjemmet sier lite om kvaliteten på forholdet og derfor ikke er hensiktsmessig for enhver pris (143).

Man fant ingen sammenheng mellom opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene og utdanning. Dette står i kontrast til hva som ble funnet av Koo og medforfattere, der utdanning var assosiert med både forståelse og opplevd nytteverdi av skriftlig medisinsk informasjon (142). Det er imidlertid sannsynlig at medisinsk informasjon brukt i denne studien var av en noe annen art enn informasjonsbrosjyrene som evalueres i Spedkost-studiene. Utdanning er både i foreliggende studie og en rekke andre studier, som diskutert tidligere, vist å henge sammen med amming. Heck og medforfattere indikerte i en studie om sammenhengen mellom amming og SØS blant over 10 000 amerikanske mødre at mødre med høyere utdanning i større grad søker og tilegner seg informasjon om helseaspektene ved ulike former for spedbarnsernæring, sammenlignet med mødre med lavere utdanning (60). Chezem og

medforfattere fant, i en studie blant 74 førstegangsmødre, at den kunnskapen mødrene hadde om fordelene ved amming var relatert til forekomst av amming i praksis (144).

Anbefalinger for spedbarnsernæring sett i sammenheng med opplevd nytteverdi av informasjonsmateriell

Opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene ser ut til å ha sammenheng med å følge enkelte av anbefalingene for spedbarnsernæring. Foreldre som opplevde ”Hvordan du ammer ditt barn” som svært nyttig/nyttig hadde i 1998 lavere odds for å slutte å amme før 4 måneders alder, sammenlignet med foreldre som anså brosjyren som lite nyttig/unyttig. Det samme ble funnet for ”Mat for Spedbarn” i 2006. I 2006 var oddsen for å amme ved 6 måneders alder høyere blant foreldre som erfarte at informasjonsbrosjyrene var svært nyttig/nyttig, sammenlignet med de som opplevde brosjyrene som lite nyttig/unyttig. Denne sammenhengen var ikke signifikant i 1998. I en italiensk studie fra 1994 blant 200 mødre, der effekten av en informasjonsbrosjyre om amming og spedbarnsernæring, delt ut i etterkant av fødsel, ble kartlagt, fant man at brosjyrene ikke bidro til å øke varighet og prevalens av amming ved 6 måneders alder (145).

Oddsene for å gi tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder var høyere blant de foreldre som erfarte at ”Hvordan du ammer ditt barn” var svært nyttig/nyttig i 2006 og ”Mat for spedbarn” var svært nyttig/nyttig i 1998, sammenlignet med de foreldre som opplevde brosjyrene som lite nyttig/unyttig. Det ble imidlertid ikke funnet noen signifikante sammenhenger mellom opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene og fullamming eller introduksjon av fast føde. Koehler og medforfattere gjennomførte i 2002 en randomisert kontrollert intervensjonsstudie blant 183 tyske mødre for å kartlegge effekten av ulike former for å gi informasjon om spedbarnsernæring. I gruppen som fikk skriftlig informasjon i form av en brosjyre om spedbarnsernæring var det ingen signifikant økning i andelen som fulgte anbefalingene. Gruppen som fikk råd og veiledning per telefon hadde imidlertid et kosthold som lå signifikant nærmere anbefalingene for

spedbarnsernæring det første leveåret, sammenlignet med de som ikke fikk slik rådgivning per telefon (146).

Det ser altså ut til at foreldrene som opplevde informasjonsbrosjyrene som svært nyttig/nyttig hadde høyere odds for å følge enkelte av anbefalingene for spedbarnsernæring som fortsatt å amme ved 6 måneders alder og i større grad gi tilskudd av vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder, sammenlignet med foreldre som opplevde informasjonsbrosjyrene som lite nyttig/unyttig. Selv om det ser ut til at opplevd nytteverdi av informasjonsbrosjyrene hadde sammenheng med i hvilken grad anbefalinger for amming og vitamin D/annet kosttilskudd ble fulgt, kan man imidlertid ikke si noe sikkert om kausalitet. Vi vet ikke om det er slik at de som opplevde informasjonsbrosjyrene som svært nyttig eller nyttig, leste brosjyrene grundigere og tilegnet seg rådene bedre slik at flere anbefalinger ble oppfylt, eller om de som erfarte at brosjyrene var svært nyttig/nyttig var en spesiell gruppe med høy interesse for spedbarnsernæring.

Hvem er de som ikke har sett/mottatt informasjonsbrosjyrene?

Hvor man var bosatt i landet så ut til å ha innflytelse på i hvilken grad spedbarnsforeldrene hadde sett eller mottatt informasjonsbrosjyren ”Hvordan du ammer ditt barn”. Foreldre bosatt i Nord-Norge i 1998 og i Nord-Norge, på Østlandet og på Vestlandet i 2006 hadde større sannsynlighet for å ha sett/mottatt ”brosjyren enn foreldre bosatt i Oslo/Akershus. En mulig forklaring på dette kan kanskje være at det forekommer mer flytting i forbindelse med familieførøkelse i Oslo og Akershus, sammenlignet med i andre deler av landet. Særlig i Oslo bor mange i mindre leiligheter og trenger muligens større plass når familien utvides. Flytting kan være en mulig årsak til at man går glipp av hjemmebesøk av helsesøster etter fødsel (da informasjonsbrosjyrene ofte deles ut). Man fant imidlertid ikke signifikante sammenhenger for forskjeller i mottak i forhold til landsdelstilhørighet for brosjyren ”Mat for spedbarn”.

Antall barn ser også ut til å være en variabel som henger sammen med mottak av informasjonsbrosjyrene, men resultatene var imidlertid noe sprikende. I dataene fra 1998 fant man at foreldre med to barn hadde større sannsynlighet for å ha sett/mottatt ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn”, sammenlignet med foreldre med ett barn. I 2006 derimot, var det motsatte tilfellet, da man fant en trend med høyere odds for ikke å ha sett/mottatt ”Hvordan du ammer ditt barn” med økende antall barn. At foreldre med flere barn i større grad har sett/mottatt brosjyren er naturlig da de har vært nybakte spedbarnsforeldre en gang tidligere, og da trolig har mottatt brosjyren en gang før. Trenden som ble funnet for 2006, der flere barn så ut til å redusere sannsynligheten for å ha sett/mottatt brosjyren, er ikke lett å forklare. En mulig årsak kan være at foreldre med flere barn føler større mestringsevne på grunn av tidligere erfaring med amming, og derfor ikke har samme interesse for å lese informasjon om hvordan spedbarn ammes.

Røykende mødre hadde i 2006 høyere odds for ikke å ha sett/mottatt informasjonsbrosjyrene, sammenlignet med ikke-røykende mødre. Røykende mødre har muligens en mindre interesse for ernæring enn ikke-røykende mødre, da de gjerne har dårligere vaner når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet (147).

Foreldre til barn med lav fødselsvekt hadde økte odds for ikke å ha mottatt ”Mat for spedbarn” i 2006. En årsak til dette kan, som tidligere nevnt, være at lav fødselsvekt ofte henger sammen med prematuritet eller medfødte helseproblemer. Barn med lav fødselsvekt følges kanskje opp andre steder enn på helsestasjonen den første tiden, og kan dermed ha gått glipp av utdeling av brosjyren. Bekymringer rundt en lav fødselsvekt i startfasen kan også muligens bidra til at informasjonsmateriell ikke får fokus og oppmerksomhet på grunn av andre bekymringer som opptar mer tid og plass.

5.8.5 Andel foreldre som ønsker mer informasjon om spedbarnsernæring

Over halvparten av spedbarnsforeldrene som deltok i Spedkost-studiene ønsket mer informasjon om spedbarnsernæring ved begge studietidspunkt. Det har vært mye

fokus på spedbarnsmat de siste årene. Oppmerksomhet og omtale i media, samt motstridende råd fra ulike såkalte ”eksperter” er faktorer som trolig kan bidra til at spedbarnsforeldre blir forvirret og ønsker mer informasjon. Sukker og tilsetningsstoffer i barnematen er eksempler på temaer som det har vært fokus på (148, 149).

Ønsket om mer informasjon om spedbarnsernæring blant norske spedbarnsforeldre er et potensial norske helsemyndigheter kan benytte seg av. Kanskje kan andre informasjonskanaler, i tillegg til informasjonsbrosjyrer, benyttes. I dag er både ”Hvordan du ammer ditt barn” og ”Mat for spedbarn” tilgjengelig på internettsidene til Hdir, de kan også bestilles herfra. Helt bakerst i de nyeste utgavene av begge brosjyrene står det en liste med linker til nyttige nettsider man kan benytte seg av dersom man ønsker mer informasjon (10, 11). Kanskje burde denne informasjonen vært mer ”synlig” tidligere i heftene.

Nyhetsbrevet ”Småfakta”, med informasjon om sped- og småbarnsernæring, er rettet mot helsepersonell (150). En mulighet kan være å utarbeide et tilsvarende nyhetsbrev med sped- og småbarnsforeldre som målgruppe. Informasjon om sped- og småbarnsernæring kan da distribueres til et stort antall spedbarnsforeldre og informasjonen kan være aldersspesifikk og sendes ut etter hvert som spedbarnet blir eldre. Koehler og medforfattere foreslår i sin intervensjonsstudie, om effekten av skriftlig informasjon om spedbarnsernæring, at anbefalinger for spedbarnsernæring muligens vil følges i større grad dersom de gis for kortere tidsintervaller av gangen (146).

6. Konklusjon

Resultatene fra foreliggende studie viser en trend med stort sett positive, men også mindre ønskelige aspekter i kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn fra 1998 til 2006. I 2006 ble færre spedbarn introdusert for fast føde før 4 måneders alder, flere ble fullammet ved 5 og 6 måneders alder og flere ble introdusert for vitamin D/annet kosttilskudd ved 4 ukers alder, sammenlignet med i 1998. I 1998 ble imidlertid flere spedbarn fullammet og ammet de første leveukene, sammenlignet med i 2006.

Andelen ammede barn ved 4 til 6 måneders alder var lik ved de to studietidspunktene, og det var ingen signifikant forskjell mellom andelene som fikk vitamin D/annet kosttilskudd ved 6 måneders alder i 1998 og i 2006.

En rekke bakgrunnsfaktorer ble funnet å henge sammen med i hvilken grad anbefalingene for spedbarnsernæring ble fulgt. Røyking var den variabelen som hadde flest signifikante assosiasjoner ved begge studietidspunkt. Mors utdanning så også ut til å ha sterk påvirkning. Det så imidlertid ut til å være en trend mot færre forskjeller i bakgrunnsfaktorer i henhold til hvem som fulgte anbefalingene i 2006, sammenlignet med i 1998.

Flere spedbarnsforeldre hadde sett/mottatt informasjonsmateriell om spedbarnsernæring og opplevde informasjonen som svært nyttig/nyttig i 2006, sammenlignet med i 1998. Mors alder og landsdelstilhørighet var faktorer med signifikant assosiasjon til henholdsvis opplevd nytteverdi og mottak av informasjonsmateriell. Å oppleve informasjonsbrosjyrene som svært nyttig/nyttig hadde sammenheng med å følge enkelte av anbefalingene for spedbarnsernæring (ammeslutt <4 mnd, amming 6 mnd, vit D/annet kosttilsk. 6 mnd). Flest sammenhenger ble funnet i dataene fra 2006.

Veien videre:

Selv om majoriteten av norske spedbarn ammes er det fortsatt langt igjen til anbefalingene for fullamming, introduksjonstidspunkt for fast føde og introduksjonstidspunkt for vitamin D er nådd. Årsaker til den relativt korte varigheten av fullamming i Norge samt mulige tiltak for å øke varigheten av fullammingsperioden bør studeres nærmere.

Det foreligger en utfordring i henhold til hvordan forskjeller i hvem som følger anbefalingene for spedbarnsernæring kan reduseres. Å bygge opp mer kunnskap i tiden før fødsel kan muligens være hensiktsmessig. Selv om det anbefales at informasjonsbrosjyrene deles ut på svangerskapskontrollen mottar mange foreldre ikke brosjyrene før etter at spedbarnet er født. Andre mulige fremtidige tiltak kan være intervensjon på helsestasjon, spesielt rettet mot ”sårbare” grupper. En mer kontinuerlig og dynamisk oppfølging første levehalvår, der informasjon distribueres gradvis over tid, fremfor alt på en gang rett etter fødsel, kan kanskje også være hensiktsmessig. Andre metoder, i tillegg til skriftlige informasjonsbrosjyrer, kan være aktuelt, for eksempel ”nyhetsbrev”, per e-post eller brev, med ernæringsinformasjon skreddersydd for barnets alderstrinn. Da informasjonsmateriell om spedbarnsernæring ser ut til å være både etterspurt og oppleves som nyttig av spedbarnsforeldre, bør distribusjonen av disse brosjyrene opprettholdes. Imidlertid kan det være hensiktsmessig å undersøke rutiner for distribusjon i ulike landsdeler, da analysene i foreliggende studie tyder på at det kan foreligge geografiske forskjeller i hvor spedbarnsforeldre har tilgang til dem.

Over halvparten av norske spedbarnsforeldre ønsket mer informasjon om spedbarnsernæring. Norske helsemyndigheter har derfor et potensial i denne gruppen og det er viktig fortsatt å opprettholde satsningen på denne gruppen.

Det vil være viktig å fortsette å undersøke kostholdet til 6 måneder gamle spedbarn for å kartlegge trend over tid og evaluere effekten av tiltak.

Kildeliste

1. Haug K, Irgens LM, Baste V, Markestad T, Skjaerven R, Schreuder P. 1998. Secular trends in breastfeeding and parental smoking. *Acta Paediatr* 87: 1023-7
2. Heiberg Endresen E, Helsing E. 1995. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr* 84: 719-24
3. Kjaernes U, Botten G, Lande B, Nilsson D. 1988. Food intake and patterns of feeding of Norwegian infants. *Eur J Clin Nutr* 42: 249-59
4. Liestol K, Rosenberg M, Walloe L. 1988. Breast-feeding practice in Norway 1860-1984. *J Biosoc Sci* 20: 45-58
5. Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. 1991. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 70: 205-9
6. Lande B. 2005. *Infant feeding practices in Norway*. Doktorgrad. Universitetet i Oslo
7. Lande B, Andersen L, Bærug A, Trygg K, Lund-Larsen K, Bjørneboe G. 2000. Valg av metode for en landsrepresentativ undersøkelse av kostholdet blant sped-og småbarn i Norge—Spedkost og Småbarnskost. *Norsk Epidemiologi* 10: 43-50
8. Lande B, Andersen LF, Trygg KU, Bærug A, Lund-Larsen K, Viikari J. 2003. *Spedkost 6 måneder*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
9. Departementene. 2007. *Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011*, Departementene, Oslo
10. Helsedirektoratet. 2005. *Hvordan du ammer ditt barn*, Oslo
11. Helsedirektoratet. 2009. *Mat for spedbarn*, Oslo.
12. Øverby N, Kristiansen A, Andersen L, Lande B. 2008. *Spedkost 6 måneder*, Helsedirektoratet, Oslo
13. Stang J. 2006. Improving the eating patterns of infants and toddlers. *J Am Diet Assoc* 106: 7-9
14. Blomhoff R, Botten G, Bærug A, Saugstad O. 1993. *Statens ernæringsråds anbefalinger for spedbarnsernæring*, Statens ernæringsråd, Oslo
15. Sosial- og helsedirektoratet. 2001. *Anbefalinger for spedbarnsernæring*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo

16. WHO. 2003. Global strategy for infant and young child feeding. *Geneva, Switzerland: World Health Organization*
17. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. 1994. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet* 344: 288-93
18. Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B, Dewey KG. 1993. Intake and growth of breast-fed and formula-fed infants in relation to the timing of introduction of complementary foods: the DARLING study. *Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth. Acta Paediatr* 82: 999-1006
19. Lønnerdal B. 2000. Breast milk: a truly functional food. *Nutrition* 16: 509-11
20. Akre J. 1989. Infant feeding. *Bull World Health Organ*: 1-108
21. Hendricks KM, Badruddin SH. 1992. Weaning recommendations: the scientific basis. *Nutr Rev* 50: 125-33
22. Rasmussen KM. 1992. The influence of maternal nutrition on lactation. *Annu Rev Nutr* 12: 103-17
23. Sheard NF, Walker WA. 1988. The role of breast milk in the development of the gastrointestinal tract. *Nutr Rev* 46: 1-8
24. Aniansson G, Alm B, Andersson B, Hakansson A, Larsson P, Nylen O, Peterson H, Rigner P, Svanborg M, Sabharwal H, et al. 1994. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr Infect Dis J* 13: 183-8
25. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. 1999. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 318: 1316-20
26. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. 1990. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ* 300: 11-6
27. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E. 2001. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 285: 413-20
28. Marild S, Hansson S, Jodal U, Oden A, Svedberg K. 2004. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 93: 164-8
29. Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. 1998. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ* 316: 21-5

-
30. Fewtrell MS, Lucas A, Morgan JB. 2003. Factors associated with weaning in full term and preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 88: 296-301
 31. Ravelli AC, van der Meulen JH, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. 2000. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch Dis Child* 82: 248-52
 32. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. 1999. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 70: 525-35
 33. Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. 2001. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Arch Dis Child* 85: 183-8
 34. Fewtrell M. 2004. The long-term benefits of having been breast-fed. *Current paediatrics* 14: 97-103
 35. Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. 2004. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev* 20: 150-7
 36. Jones G, Riley M, Dwyer T. 2000. Breastfeeding in early life and bone mass in prepubertal children: a longitudinal study. *Osteoporos Int* 11: 146-52
 37. Dewey KG. 2003. Is breastfeeding protective against child obesity? *J Hum Lact* 19: 9-18
 38. Eide I, Heiberg E, Helsing E, Pape K. 2003. *Ammeundersøkelsen år 2000*, Helsetilsynet, Oslo
 39. Millard AV. 1990. The place of the clock in pediatric advice: rationales, cultural themes, and impediments to breastfeeding. *Soc Sci Med* 31: 211-21
 40. WHO. 2010. Infant and young child feeding data by country. <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html>. Hentet 21.10.2010
 41. Dataserien ble opprinnelig publisert i: Liestøl K, Rosenberg M, Walløe L. Breastfeeding practice in Norway 1860.1984. *J Biosoc Sci* 1988;20:45-58. (Senere bearbeidet av Elisabet Helsing i referanse (38)). Gjengitt i masteroppgaven med tillatelse fra Elisabet Helsing og Helsetilsynet
 42. Ivarsson A, Persson LA, Nystrom L, Ascher H, Cavell B, Danielsson L, Dannaeus A, Lindberg T, Lindquist B, Stenhammar L, Hernell O. 2000. Epidemic of coeliac disease in Swedish children. *Acta Paediatr* 89: 165-71
 43. World Health Organization. *Infant feeding - the physiological basis*. Bulletin of WHO 1989; 67: suppl. 1-108
 44. Wharton B. 1989. Weaning and child health. *Annu Rev Nutr* 9: 377-94

-
45. Fiocchi A, Assa'ad A, Bahna S. 2006. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document. Adverse Reactions to Foods Committee, American College of Allergy, Asthma and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 97: 10-20
 46. Knip M, Akerblom HK. 2005. Early nutrition and later diabetes risk. *Adv Exp Med Biol* 569: 142-50
 47. Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, Kaila M, Haapala AM, Kronberg-Kippila C, Salmelin R, Veijola R, Ilonen J, Simell O, Knip M, Virtanen SM. 2010. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. *Pediatrics* 125: 50-9
 48. Markestad T. 1983. Effect of season and vitamin D supplementation on plasma concentrations of 25-hydroxyvitamin D in Norwegian infants. *Acta Paediatr Scand* 72: 817-21
 49. Reeve LE, Chesney RW, DeLuca HF. 1982. Vitamin D of human milk: identification of biologically active forms. *Am J Clin Nutr* 36: 122-6
 50. Tsang RC. 1983. The quandary of vitamin D in the newborn infant. *Lancet* 1: 1370-2
 51. Olafsdottir AS, Wagner KH, Thorsdottir I, Elmadfa I. 2001. Fat-soluble vitamins in the maternal diet, influence of cod liver oil supplementation and impact of the maternal diet on human milk composition. *Ann Nutr Metab* 45: 265-72
 52. 2004. *Nordic nutrition recommendations: NNR 2004 : integrating nutrition and physical activity*. København: Nordisk Ministerråd
 53. Hypponen E, Laara E, Reunanen A, Jarvelin MR, Virtanen SM. 2001. Intake of vitamin D and risk of type 1 diabetes: a birth-cohort study. *Lancet* 358: 1500-3
 54. Freeman V, van't Hof M, Haschke F. 2000. Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: the Euro-growth study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 31: 76-85
 55. Dennis CL. 2002. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31: 12-32
 56. Thulier D, Mercer J. 2009. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 38: 259-68
 57. Wijndaele K, Lakshman R, Landsbaugh JR, Ong KK, Ogilvie D. 2009. Determinants of early weaning and use of unmodified cow's milk in infants: a systematic review. *J Am Diet Assoc* 109: 2017-28

58. Rasanen M, Kronberg-Kippila C, Ahonen S, Uusitalo L, Kautiainen S, Erkkola M, Veijola R, Knip M, Kaila M, Virtanen SM. 2006. Intake of vitamin D by Finnish children aged 3 months to 3 years in relation to sociodemographic factors. *Eur J Clin Nutr* 60: 1317-22
59. Williams PL, Innis SM, Vogel AM, Stephen LJ. 1999. Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver. *Can J Public Health* 90: 114-9
60. Heck KE, Braveman P, Cubbin C, Chavez GF, Kiely JL. 2006. Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. *Public Health Rep* 121: 51-9
61. Ludvigsson JF, Ludvigsson J. 2005. Socio-economic determinants, maternal smoking and coffee consumption, and exclusive breastfeeding in 10205 children. *Acta Paediatr* 94: 1310-9
62. Bulk-Bunschoten AM, van Bodegom S, Reerink JD, Pasker-de Jong PC, de Groot CJ. 2001. Reluctance to continue breastfeeding in The Netherlands. *Acta Paediatr* 90: 1047-53
63. Rogers IS, Emmett PM, Golding J. 1997. The incidence and duration of breast feeding. *Early Hum Dev* 49: 45-74
64. Chen Y. 1992. Factors associated with artificial feeding in Shanghai. *Am J Public Health* 82: 264-6
65. Sabulsky J, Batrouni L, Carballo R, Reyna S, Quiroga D, de Roitter H, Gorostiaga H, Brizuela M. 1995. Feeding in the first month of life, by social strata, in Cordoba, Argentina. *Bull Pan Am Health Organ* 29: 338-51
66. Lande B, Andersen LF, Henriksen T, Baerug A, Johansson L, Trygg KU, Bjorneboe GE, Veierod MB. 2005. Relations between high ponderal index at birth, feeding practices and body mass index in infancy. *Eur J Clin Nutr* 59: 1241-9
67. Scott JA, Aitkin I, Binns CW, Aroni RA. 1999. Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia. *Acta Paediatr* 88: 416-21
68. Kearney MH. 1988. Identifying psychosocial obstacles to breastfeeding success. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 17: 98-105
69. Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB. 1995. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 126: 507-14
70. Helsedirektoratet. 2007. Småfakta.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00016/IS-0218_16974a.pdf.
Hentet 18.10.2010
71. Rikshospitalet. 2010. Nasjonalt kompetansesenter for amming - ammesenteret.
http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/enhet?p_doc_id=32682&p_dim_id=43234. Hentet 1.11.2010

72. Ammehjelpen. 2010. Ammehjelpen. <http://www.ammehjelpen.no/>. Hentet 1.11.10
73. World Health Organization. 2009. Baby-Friendly Hospital Initiative - Revised, updated and expanded for integrated care. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594950/en/index.html>. Hentet 09.08.2010
74. Andreassen M, Bale M, Kaaresen P, Dahl L. 2001. Breast feeding in Tromsø before and after "the Baby-Friendly Hospital Initiative". *Tidsskrift for den Norske legeforening* 121: 3154
75. NAV. 2010. Foreldrepenger ved fødsel. <http://www.nav.no/Familie/Svangerskap%2C+f%C3%B8dsel+og+adopsjon/Foreldrepenger+ved+f%C3%B8dsel/Foreldrepenger+ved+f%C3%B8dsel/202961.cms>. Hentet 9.11.10
76. Regjeringen. 1998. Forholdet til andre stønadsordninger for barneomsorg. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-53-1997-98-/4.html?id=136913>. Hentet 20.11.2010
77. Regjeringen. 2005. Tallfakta. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/pressemeldinger/2005/tallfakta-barne-og-familiedepartementets.html?id=103583>. Hentet 20.11.2010
78. NAV. 2010. Engangsstønad ved fødsel og adopsjon. <http://www.nav.no/Familie/Svangerskap%2C+f%C3%B8dsel+og+adopsjon/Engangsst%C3%B8nad+ved+f%C3%B8dsel+og+adopsjon>. Hentet 2.11.2010
79. Helsedirektoratet. 2009. Småfakta. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00278/Sm_fakta_1_2009_278389a.pdf. Hentet 18.10.2010
80. Walker RB, Conn JA, Davies MJ, Moore VM. 2006. Mothers' views on feeding infants around the time of weaning. *Public Health Nutr* 9: 707-13
81. Laake P. 2007. *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk
82. Statistisk sentralbyrå. 1999. *Undersøkelse om kosthold blant spedbarn, Notater 1999/8*, Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1999
83. World Health Organization. 2008. Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part 1: Definitions. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/index.html>. Hentet 24.08.2010
84. Pallant J. 2010. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using the SPSS program*. Maidenhead: Open University Press

-
85. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, Bjorneboe GE. 2003. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 92: 152-61
 86. Kristiansen AL, Lande B, Overby NC, Andersen LF. 2010. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr* 13: 2087-96
 87. Willett W. 1998. *Nutritional epidemiology*. New York: Oxford University Press
 88. Lande B. 2005. *Infant feeding practices in Norway*. Doktorgrad. Universitetet i Oslo
 89. Delgado-Rodriguez M, Llorca J. 2004. Bias. *J Epidemiol Community Health* 58: 635-41
 90. Altman DG. 2000. *Practical statistics for medical research*. London ; New York: Chapman and Hall
 91. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. 1997. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 50: 1129-36
 92. SSB. 2010. Foreldrenes gjennomsnittsalder ved fødsler. 1946-2009. <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/fodte/tab-2010-04-08-04.html>. Hentet 11.10.2010
 93. SSB. 2009. Nær halvparten i Oslo har høyere utdanning. <http://www.ssb.no/utniv/>. Hentet 11.10.2010
 94. SSB. 2010. Arbeid. <http://www.ssb.no/emner/06/arbeid/>. Hentet 22.10.2010.
 95. SSB. 2009. Unge røyker stadig mindre, men snuser mest. <http://www.ssb.no/royk/>. Hentet 22.10.2010
 96. SSB. 2001. Norge i utakt med Europa. http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2001-08-22-01.html. Hentet 22.10.2010
 97. Kipnis V, Midthune D, Freedman L, Bingham S, Day NE, Riboli E, Ferrari P, Carroll RJ. 2002. Bias in dietary-report instruments and its implications for nutritional epidemiology. *Public Health Nutr* 5: 915-23
 98. Gillespie B, d'Arcy H, Schwartz K, Bobo JK, Foxman B. 2006. Recall of age of weaning and other breastfeeding variables. *Int Breastfeed J* 1: 4
 99. Persson L, Carlgren G. 1984. Measuring children's diets: evaluation of dietary assessment techniques in infancy and childhood. *International journal of epidemiology* 13: 506

-
100. Li R, Scanlon KS, Serdula MK. 2005. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev* 63: 103-10
 101. Dratva J, Merten S, Ackermann-Liebrich U. 2006. The timing of complementary feeding of infants in Switzerland: compliance with the Swiss and the WHO guidelines. *Acta Paediatr* 95: 818-25
 102. SSB. 2007. Utdanningsnivå i befolkningen. <http://www.ssb.no/utniv/arkiv/tab-2007-08-27-04.html>. Hentet 11.10.2010
 103. Bretthauer M. 2008. Statistisk signifikans og klinisk relevans. *Tidsskrift for den norske legeforening* 128: 279
 104. Socialstyrelsen. 2010. Allt färre ammar sina barn. <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/alltfarreammarsinabarn>. Hentet 12.10.2010
 105. Brekke HK, Ludvigsson JF, van Odijk J, Ludvigsson J. 2005. Breastfeeding and introduction of solid foods in Swedish infants: the All Babies in Southeast Sweden study. *Br J Nutr* 94: 377-82
 106. Centers for Disease Control and Prevention DoHaHS. 2004. Exclusive Breastfeeding Rates by Socio-demographic Factors, Among Children Born in 2004 whose caregivers were interviewed after 2005. http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/2004/socio-demographic.htm. Hentet 10.09.2010
 107. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko BV, Fromme H. 2009. Infant feeding practices and associated factors through the first 9 months of life in Bavaria, Germany. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 49: 467-73
 108. Yngve A, Sjöström M. 2001. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr* 4: 631-45
 109. Yngve A, Sjöström M. 2001. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 4: 729-39
 110. Socialstyrelsen. 2008. Amning av barn födda 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-125-12>. Hentet 12.10.2010
 111. Lande B, Andersen L. 1999. *Spedkost 12 månader*, Sosial-og helsedirektoratet, Oslo
 112. Øverby N, Kristiansen A, Lande B, Andersen L. 2006. *Spedkost 12 månader*, Helsedirektoratet, Oslo
 113. Dulon M, Kersting M, Schach S. 2001. Duration of breastfeeding and associated factors in Western and Eastern Germany. *Acta Paediatr* 90: 931-5

-
114. Giovannini M, Riva E, Banderali G, Scaglioni S, Veehof SH, Sala M, Radaelli G, Agostoni C. 2004. Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr* 93: 492-7
 115. Lawson M. 1998. Recent trends in infant nutrition. *Nutrition* 14: 755-7
 116. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman L. 2005. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition* 8: 39-46
 117. Tatone-Tokuda F, Dubois L, Girard M. 2009. Psychosocial determinants of the early introduction of complementary foods. *Health Educ Behav* 36: 302-20
 118. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. 1994. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr* 83: 565-71
 119. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. 1999. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 88: 411-5
 120. Scott JA, Binns CW. 1999. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 7: 5-16
 121. Horta BL, Kramer MS, Platt RW. 2001. Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis. *Am J Public Health* 91: 304-7
 122. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. 2008. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 99: 1127-32
 123. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, Garza C. 1992. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics* 90: 934-8
 124. Vio F, Salazar G, Infante C. 1991. Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breast-milk volume. *Am J Clin Nutr* 54: 1011-6
 125. Donath SM, Amir LH. 2004. The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. *Acta Paediatr* 93: 1514-8
 126. Ford K, Labbok M. 1990. Who is breast-feeding? Implications of associated social and biomedical variables for research on the consequences of method of infant feeding. *Am J Clin Nutr* 52: 451-6
 127. Simard I, O'Brien HT, Beaudoin A, Turcotte D, Damant D, Ferland S, Marcotte MJ, Jauvin N, Champoux L. 2005. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of quebec. *J Hum Lact* 21: 327-37

-
128. Nagy E, Orvos H, Pal A, Kovacs L, Loveland K. 2001. Breastfeeding duration and previous breastfeeding experience. *Acta Paediatr* 90: 51-6
 129. Hediger ML, Overpeck MD, Ruan WJ, Troendle JF. 2000. Early infant feeding and growth status of US-born infants and children aged 4-71 mo: analyses from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Am J Clin Nutr* 72: 159-67
 130. Folkehelseinstituttet. 2008. Fødselsvekt - andel med lav og høy fødselsvekt. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70826::1:6043:8:::0:0. Hentet 12.10.2010
 131. Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U. 2007. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur J Public Health* 17: 579-84
 132. Erkkola M, Pigg HM, Virta-Autio P, Hekkala A, Hypponen E, Knip M, Virtanen SM. 2005. Infant feeding patterns in the Finnish type I diabetes prediction and prevention nutrition study cohort. *Eur J Clin Nutr* 59: 107-13
 133. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. 1995. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *J Nutr* 125: 2972-84
 134. Alder EM, Williams FL, Anderson AS, Forsyth S, Florey Cdu V, van der Velde P. 2004. What influences the timing of the introduction of solid food to infants? *Br J Nutr* 92: 527-31
 135. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. 2009. Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study. *BMC Pediatr* 9: 60
 136. Fein SB, Labiner-Wolfe J, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. 2008. Selected complementary feeding practices and their association with maternal education. *Pediatrics* 122 91-7
 137. Schiess S, Grote V, Scaglioni S, Luque V, Martin F, Stolarczyk A, Vecchi F, Koletzko B. 2010. Introduction of complementary feeding in 5 European countries. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 50: 92-8
 138. Shaw V, Lawson M. 2007. *Clinical paediatric dietetics*. Ames, Iowa: Blackwell Pub
 139. Marjamaki L, Rasanen M, Uusitalo L, Ahonen S, Veijola R, Knip M, Virtanen SM. 2004. Use of vitamin D and other dietary supplements by Finnish children at the age of 2 and 3 years. *Int J Vitam Nutr Res* 74: 27-34
 140. Gudnadottir M, Gunnarsson BS, Thorsdottir I. 2006. Effects of sociodemographic factors on adherence to breastfeeding and other important infant dietary recommendations. *Acta Paediatr* 95: 419-24

-
141. Schoetzau A, Gehring U, Franke K, Grubl A, Koletzko S, Von Berg A, Berdel D, Reinhardt D, Bauer C, Wichmann H. 2002. Maternal compliance with nutritional recommendations in an allergy preventive programme. *British Medical Journal* 86: 180
 142. Koo MM, Krass I, Aslani P. 2005. Patient characteristics influencing evaluation of written medicine information: lessons for patient education. *Ann Pharmacother* 39: 1434-40
 143. Benzeval M. 1998. The self-reported health status of lone parents. *Soc Sci Med* 46: 1337-53
 144. Chezem J, Friesen C, Boettcher J. 2003. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 32: 40-7
 145. Curro V, Lanni R, Scipione F, Grimaldi V, Mastroiacovo P. 1997. Randomised controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breast feeding. *Arch Dis Child* 76: 500-3
 146. Koehler S, Sichert-Hellert W, Kersting M. 2007. Measuring the effects of nutritional counseling on total infant diet in a randomized controlled intervention trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 45: 106-13
 147. Henriksen T. 2007. Ernæring, vekt og svangerskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 127: 2399-401
 148. Bugge S, Gjerding ML. 2008. Moser søt babygrøt.
<http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=534667>. Hentet 18.10.2010
 149. Ystehede OH. 2002. Tvinges til å godta tilsetnings-stoffer i barnemat.
<http://www.dagbladet.no/tekstarkiv/artikkel.php?id=5001020011811&tag=item&words=tilsetningsstoffer%3Bspedbarnsmat>. Hentet 18.10.2010
 150. Helsedirektoratet. 2010. Småfakta.
http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/helsepersonell/sm_fakta/. Hentet 18.10.2010

Vedlegg

Vedlegg 1

Semi-kantitativt matvarefrekvensskjema 1998

+

SPEDKOST - 6 måneder

Undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge

+

Kryss av for "Ja" i ruten under dersom du samtykker i å delta i undersøkelsen. Dersom du ikke ønsker å delta, kryss av for "Nei" og returner skjemaet.

☐ Ja☐ Nei

+

Hvis du ikke kan gi et helt nøyaktig svar, så fyll ut etter beste skjønn. Hvis det er spørsmål du ikke kan svare på, så la det stå åpent. Det utfylte skjemaet vil bli lest av en maskin og du vil derfor finne små kryss rundt omkring i skjemaet. Dette er bare justeringsmerker for at maskinen skal klare å skille sidene fra hverandre og du trenger ikke å bry deg om disse. Bruk blå eller svart penn/tusj ved utfylling.

Det er viktig at du går frem slik:

- i de små boksene setter du kryss for det svaret som passer best.
- i de store boksene skriver du tall eller blokkbokstaver.

Eksempel: Avkrysning, slik: ☒ Ikke slik: ☐

Tall:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Bokstaver:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

+

Husk å ta med spørreskjemaet til helsestasjonen ved 6-månederskontrollen for påføring av opplysninger om barnets vekt/- og lengde.

Fylles ut på helsestasjonen ved 6-månederskontrollen																							
Dato for 6-mnd-kontrollen:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																						
	dag	mnd																					
Barnets vekt (6 mnd):	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											g	Barnets lengde (6 mnd): <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> cm										
Fødselsvekt:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											g	Lengde ved fødsel: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> cm										

+

1. Dato for utfylling av skjema:

dag	mnd

+

Bakgrunnsspørsmål om barnet

2. Når ble barnet født i forhold til ultralydstermin?

- ☐ I 38. svangerskapsuke eller senere
☐ Før 38. svangerskapsuke

3. Hvor mange barn har mor født?

- ☐ 1 barn
☐ 2 barn
☐ 3 barn
☐ 4 barn eller flere

+

4. Hvem fyller ut skjemaet?

- ☐ Barnets mor
☐ Barnets far
☐ Både far og mor
☐ Annen person

+

Spørsmål om barnets kosthold

Morsmelk

5. Hva slags melk/annen drikke fikk barnet den første leveuken?

Her kan du sette flere kryss

- ☐ Morsmelk
☐ Vann
☐ Sukkervann
☐ Morsmelkerstatning
☐ Vet ikke/husker ikke
☐ Annet

6. Får barnet morsmelk nå?

Sett kun ett kryss her

- ☐ Ja, barnet får bare morsmelk (og eventuelt vann, tran eller annet kosttilskudd)
☐ Ja, barnet får morsmelk sammen med morsmelkerstatning/annen melk/juice/saft o.l. /fast føde
☐ Nei, men barnet har fått morsmelk tidligere ➡ *Gå til spørsmål 9*
☐ Nei, barnet har aldri fått morsmelk ➡ *Gå til spørsmål 10*

7. Hvor mange ganger i døgnet får barnet vanligvis morsmelk nå?

Regn også med de gangene barnet bare får morsmelk til trøst eller kos, dag- og nattetid

- ☐ 1 gang
☐ 2-3 ganger
☐ 4-5 ganger
☐ 6-7 ganger
☐ 8-9 ganger
☐ 10 ganger eller flere

+

8. Får barnet vanligvis noe i tillegg til morsmelk nå?
 Med fast føde menes alle andre matvarer enn melk, vann, saft/juice/annen drikke og kosttilskudd. Fast føde inkluderer velling selv om denne er tyntflytende.
 Sett kun ett kryss her
- ☐ Bare morsmelk (og eventuelt vann, tran eller annet kosttilskudd) ➡ Gå til spørsmål 21
- ☐ Morsmelk og morsmelkerstatning/annen melk ➡ Gå til spørsmål 11
- ☐ Morsmelk og morsmelkerstatning/annen melk og juice/saft o.l. ➡ Gå til spørsmål 11
- ☐ Morsmelk og morsmelkerstatning/annen melk og fast føde ➡ Gå til spørsmål 11
- ☐ Morsmelk og morsmelkerstatning/annen melk og fast føde og juice/saft o.l. ➡ Gå til spørsmål 11
- ☐ Morsmelk og fast føde ➡ Gå til spørsmål 14
- ☐ Morsmelk og juice/saft o.l. ➡ Gå til spørsmål 21

+

9. Hvor gammelt var barnet da det sluttet å få morsmelk?
 Sett kun ett kryss her

+

Uker							Måneder										
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Hva var viktigste og nest viktigste grunn til at mor ikke ammet barnet eller har sluttet å amme det?
 Sett kun ett kryss for viktigste grunn og ett kryss for nest viktigste grunn

+

	Viktigste grunn	Nest viktigste grunn
Mor begynte å arbeide/å studere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet sykt/for tidlig født.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor syk/medisinbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystoperert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite melk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugeproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet ville ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet biter/har fått tenner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymring/stress/sliten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystbetennelse/tilstoppede melkeganger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolikk/urolig barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Såre brystvorter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen spesielle problemer, men ønsket ikke å amme lenger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grunner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Fast føde

14. Har barnet begynt å få fast føde?

- ☐ Ja
- ☐ Nei ➔ *Gå til spørsmål 21*

+

15. Hvor gammelt var barnet da det første gang fikk fast føde?

Sett kun ett kryss her

+

Uker							Måneder									
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hvor ofte pleier barnet å spise følgende mat nå?

For hver matvare sett kun ett kryss for hvor ofte, enten ganger pr. dag eller ganger pr. uke

Hvor ofte?

		Ganger pr. dag				eller	Ganger pr. uke	
	Aldri/sjeldnere enn hver uke	1	2	3	4 el. flere		1-3	4-6
Industriframstilt grøt/velling:								
Nestlé grøt - tilberedes med mel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nestlé grøt - tilberedes med vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semper grøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semper drikkegrøt/velling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmelaget grøt av:								
Grovt/sammalt mel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jernberiket hvetemel (Nordkronen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint/hvitt mel/kavring/semulje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helios barnemel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Industriframstilt middag på glass:								
Grønnsaker på glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker og kjøtt på glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmelaget middag:								
Potet-/grønnsakmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt og grønnsaker/potet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk og grønnsaker/potet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen hjemmelaget middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellommåltider/frukt/dessert:								
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmelaget mos av annen frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt-/bærmos på glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjeks/kaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

17. Hvor gammelt var barnet da det fikk følgende matvarer for første gang?

Sett kun ett kryss for hver matvare

+

		Måneder							
		Ikke fått	1	2	3	4	5	6	7
+	Mais-, ris-, hirsegrøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Havre-, hvete-, kavringsgrøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Banan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Annen frukt-/bærmos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Potet-/grønnsakmos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moset kjøtt/grønnsaker/potet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moset fisk/grønnsaker/potet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yoghurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drikkegrøt/velling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brød.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Dersom barnet får grøt, hva slags væske tilsettes vanligvis grøten ved tilberedning/koking?

Hvis det vanligvis brukes mer enn én type væske i grøten, settes flere kryss

- ☐ Vann
☐ Morsmelk
☐ Morsmelkerstatning
☐ Annen melk (kumelk)
☐ Annet

+

19. Dersom barnet får Nestlé grøt eller Semper grøt, hvor store porsjoner spiser barnet vanligvis til hvert måltid?

Se mengdeangivelser på bildeark - bilde nr. 2. Velg mengde A, B, C, D, E eller F. Sett kryss i ruten som er nærmest den mengden barnet vanligvis får pr. gang. Hvis mengden varierer mye fra måltid til måltid, prøv å anslå en gjennomsnittsmengde og kryss av for nærmeste mengdealternativ. Sett kun ett kryss her

		Mengde ferdig grøt pr. måltid					
		Noen ts A	½ dl B	1 dl C	1 ½ dl D	2 dl E	2,5 dl F
+	Nestlé grøt eller Semper grøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Dersom barnet får grøt eller middagsmat, tilsettes vanligvis noe ekstra fett (smør, margarin, olje) i grøten eller middagsmaten?

Her kan du sette flere kryss

- ☐ Ja, i grøten
☐ Ja, i middagsmaten
☐ Nei, verken i grøten eller middagsmaten

+

Vann, saft, juice o.l.

21. Hvor ofte pleier barnet å drikke vann, saft, juice o.l.?

For hver drikk settes kun ett kryss for hvor ofte, enten ganger pr. døgn eller ganger pr. uke
 +
 Hvor ofte?

	Aldri/sjeldnere enn hver uke	Ganger pr. døgn				eller	Ganger pr. uke	
		1	2	3	4	5 el. flere	1-3	4-6
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnesaft på glass/flaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft, sukret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft, kunstig søtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nypeekstrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urtete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/søtt mineralvann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Dersom barnet får barnesafter, saft, juice eller lignende, hvor gammelt var barnet da det begynte å få dette?

Sett kun ett kryss her

Uker							Måneder									
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre spørsmål om kostholdet

23. Er det noen matvarer det kunne vært aktuelt å gi barnet, men som du unngår å gi fordi du er redd barnet kan reagere med allergi/intoleranse?

☐ Ja

☐ Nei ➔ Gå til spørsmål 25

24. Hvilke matvarer/ingredienser i matvarer unngår du å gi barnet?

Her kan du sette flere kryss

☐ Hvete

☐ Havre

☐ Rug

☐ Bygg

☐ Vanlig melk

☐ Morsmelkerstatning

☐ Appelsin/appelsinjuice

☐ Fisk

☐ Nøtter

☐ Erter

☐ Egg

☐ Soya

☐ Matvarer med tilsetningsstoffer

☐ Annet

25. Har barnet hatt problemer i forhold til spising/mat?

☐ Ja

☐ Nei ➔ Gå til spørsmål 27

26. Hvilke problemer har barnet hatt i forhold til spising/mat?

Her kan du sette flere kryss

+

- ☐ Dårlig matlyst
- ☐ Problemer med svelging, suging
- ☐ Allergi/intoleranse mot enkelte matvarer
- ☐ Andre problemer;

+

oppgi hvilke:

Tran, vitamin- og mineraltilskudd

27. Får barnet tran eller annet vitamin- og mineraltilskudd (kosttilskudd) nå?

- ☐ Ja
- ☐ Nei, men barnet har fått tran/kosttilskudd tidligere ➡ *Gå til spørsmål 29*
- ☐ Nei, barnet har aldri fått tran/kosttilskudd ➡ *Gå til spørsmål 31*

+

+

28. Hvor ofte får barnet vanligvis tran eller annet kosttilskudd, og hvor mye får barnet pr. gang?

Sett ett kryss for hvor ofte, enten ganger pr. dag eller ganger pr. uke og ett kryss for mengde pr. gang

Det er satt opp to mengder for en teskje; 3 ml (liten teskje) og 5 ml (stor teskje)

[illegible]

29. Hvor gammelt var barnet da det begynte å få tran eller annet kosttilskudd?

Sett kun ett kryss her

+

[illegible]

30. Hvilke av følgende kosttilskudd (tran inkludert) har barnet fått de første levemånedene?
Sett kryss for alle levemånedene barnet har fått tran/kosttilskudd

	Levemåned						
	1	2	3	4	5	6	7
Tran.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biovit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanasol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett spedbarnsvitaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet kosttilskudd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informasjon om spedbarnsernæring

31. Hvor har du fått informasjon om amming/spedbarnsernæring, og hvordan vurderer du denne informasjonen?

Sett ett kryss i hver linje

	Svært nyttig	Nyttig	Lite nyttig	Unyttig	Ikke fått informasjon
Føde-/barselavdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjonen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsepersonell utenfor helsestasjonen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homøopat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie/kjente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammehjelpen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosjyren: «Mat for spedbarn»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosjyren: «Hvordan du ammer ditt barn»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bøker og/eller oppslagsverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoen: «Bryst er best»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviser/TV/Ukeblad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reklamemateriell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butikken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Ønsker du mer informasjon om spedbarnsernæring?

- ☐ Ja
- ☐ Nei ➤ Gå til spørsmål 34
- ☐ Vet ikke ➤ Gå til spørsmål 34

33. Hvilke tema(er) er det du særlig ønsker mer informasjon om i forhold til spedbarnsernæring?
Her kan du sette flere kryss. (Dersom det ikke er plass til alle ønsker i svarrubrikken, skriv inn det du synes er viktigst)

- ☐ Amming
- ☐ Bruk av morsmelkerstatning/annen melk enn morsmelk
- ☐ Tidspunkt for når barnet skal begynne med fast føde
- ☐ Hvordan barnet skal begynne med fast føde
- ☐ Hjemmelaget spedbarnsmat/hvordan lage spedbarnsmaten selv
- ☐ Tran/kosttilskudd
- ☐ Valg av grøttyper
- ☐ Matvareallergi/-intoleranse
- ☐ Fett i spedbarnsmaten
- ☐ Andre tema;

+

+

oppgi hvilke:

Bakgrunnsspørsmål om moren

34. Hvilken utdanning har barnets mor?
Sett kun ett kryss for høyeste fullførte utdanning

- ☐ 9-årig skole eller kortere
- ☐ 9-årig skole og folkehøgskole eller annen ett-årig utdanning
- ☐ Videregående skole/gymnas
- ☐ Fagbrev
- ☐ Høgskole- eller universitetsutdanning på 4 år eller mindre
- ☐ Høgskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år
- ☐ Annet

+

35. Hvordan var mors arbeidssituasjon før barnet ble født?
Sykemeldinger i forbindelse med svangerskapet skal ikke regnes med. Dersom flere alternativer passer, kryss av for det alternativet som passer best. Sett kun ett kryss

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Utearbeidende heltid | <input type="checkbox"/> Uføretrygdet |
| <input type="checkbox"/> Utearbeidende deltid | <input type="checkbox"/> Under attføring |
| <input type="checkbox"/> Hjemmearbeidende | <input type="checkbox"/> Student/skoleelev |
| <input type="checkbox"/> Sykemeldt før hun ble gravid | <input type="checkbox"/> Arbeidsledig |
| <input type="checkbox"/> Permisjon | <input type="checkbox"/> Annet |

+

36. Hvordan er mors familiesituasjon?

Sett kun ett kryss her

☐ Gift/Samboer

☐ Bor alene med barnet/barna

☐ Annet

+

37. Røykte mor under svangerskapet?

Sett kun ett kryss her

☐ Nei

☐ Ja, men sluttet i løpet av svangerskapet

☐ Ja, av og til (ikke hver dag)

☐ Ja, 1-9 sigaretter pr. dag

☐ Ja, 10 sigaretter eller flere pr. dag

+

38. Røyker mor nå?

Sett kun ett kryss her

☐ Nei

☐ Ja, av og til (ikke hver dag)

☐ Ja, 1-9 sigaretter pr. dag

☐ Ja, 10 sigaretter eller flere pr. dag

+

39. Har barnets foreldre eller søsken astma/allergi, eller har de hatt slike plager tidligere?

Her kan du sette flere kryss

☐ Nei

☐ Mor har/har hatt astma/allergi

☐ Far har/har hatt astma/allergi

☐ Barnets søsken har/ har hatt astma/allergi

+

+

Tusen takk for at du tok deg tid til å besvare spørsmålene!

Skjemaet legges i vedlagte svarkonvolutt, men vent med å lime den igjen til barnets vekt og lengde er ført inn på skjemaet ved 6-månederskontrollen på helsestasjonen. Skjemaet må ikke brettes.

Vedlegg 2

Semi-kantitativt matvarefrekvensskjema 2006



32936

SPEDKOST 2006 - 2007

Undersøkelse av kostholdet blant spedbarn

Kryss av for "Ja" i ruten under dersom du samtykker i å delta i undersøkelsen. Dersom du ikke ønsker å delta og vil reservere deg mot å bli purret på, kryss av for "Nei" og returner skjemaet.

☐ Ja☐ Nei

Ved utfylling er det viktig at du går frem slik:

* Sett kryss i boksene. Slik: ☒ Ikke slik: ☒

* Ved rettelser kan du markere tydelig at det er feil, slik: 

* I de åpne feltene skriver du inn tydelig tekst

* Der det spørres etter tall, skriver du disse slik:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

* Skjemaet må ikke brettes

* Det utfylte skjemaet vil bli lest av en maskin. **Bruk blå eller sort kulepenn.**

Husk å ta med spørreskjemaet til helsestasjonen ved 6-månederskontrollen for påføring av opplysninger om barnets vekt og lengde.

Hvis du har glemt å ta med skjemaet på kontrollen eller hvis barnet har vært på 6-månederskontrollen før du mottok skjemaet, ber vi deg skrive inn opplysninger om barnets vekt og lengde på skjemaet selv. Dersom barnet ikke kommer til 6-månederskontroll på helsestasjonen innen svarfristen, ber vi deg likevel å besvare resten av skjemaet så godt du kan og returnere det.

Fylles ut på helsestasjonen ved 6-månederskontrollen

Dato for 6-mnd kontrollen:

--	--	--	--

dag mnd

Barnets vekt (6 mnd):

--	--	--	--	--

gram

Barnets lengde (6 mnd):

--	--

cm

Fødselsvekt:

--	--	--	--

gram

Lengde ved fødsel:

--	--

cm



32936

BAKGRUNNSSPØRSMÅL OM BARNET

1. Dato for utfylling av skjemaet

Skriv inn datoen for dag og måned i rutene

--	--	--	--

dag

mnd

2. Hva er barnets kjønn?

Sett ett kryss

☐

Jente

☐

Gutt

3. Når ble barnet født i forhold til ultralydstermin?

Sett ett kryss

☐

I 38. svangerskapsuke eller senere

☐

Før 38. svangerskapsuke

4. Hvor mange barn har mor født?

Sett ett kryss

☐

1 barn

☐

2 barn

☐

3 barn

☐

4 barn eller flere

5. Hvem fyller ut skjemaet?

Sett ett kryss

☐

Barnets mor

☐

Barnets far

☐

Både mor og far

☐

Annen person

SPØRSMÅL OM MORSMELK

6. Hva slags melk/annen drikke fikk barnet den første leveuken?

Her kan du sette flere kryss

☐

Morsmelk

☐

Vann

☐

Sukkervann

☐

Morsmelkerstatning

☐

Annet

☐

Vet ikke



32936

7. Får barnet morsmelk nå, eventuelt noe i tillegg til morsmelk?

Med fast føde menes alle andre matvarer enn vann/melk/saft/juice/annen drikke og kosttilskudd.

Fast føde inkluderer velling selv om denne er tyntflytende.

Sett ett kryss

☐ Ja, bare morsmelk (og eventuelt tran eller annet kosttilskudd) \Rightarrow Gå til spm 8 og deretter til spm 24

☐ Ja, morsmelk og vann/juice/saft o.l. \Rightarrow Gå til spm 8 og deretter til spm 21

☐ Ja, morsmelk og fast føde samt eventuelt vann/juice/saft o.l. \Rightarrow Gå til spm 8 og deretter til spm 13

☐ Ja, morsmelk og morsmelkerstatning/annen melk \Rightarrow Gå til spm 8 og deretter til spm 11

☐ Ja, morsmelk og morsmelkerstatning/annen melk og vann/juice/saft o.l. \Rightarrow Gå til spm 8 og deretter til spm 11

☐ Ja, morsmelk og morsmelkerstatning/annen melk og fast føde samt eventuelt vann/juice/saft o.l. \Rightarrow Gå til spm 8 og deretter til spm 11

☐ Nei, men barnet har fått morsmelk tidligere \Rightarrow Gå til spm 9

☐ Nei, barnet har aldri fått morsmelk \Rightarrow Gå til spm 10

8. Hvor mange ganger i døgnet får barnet vanligvis morsmelk nå?

Regn også med de gangene barnet bare får morsmelk til trøst eller kos, dag- og nattetid.

Sett ett kryss

☐ 1 gang

☐ 2-3 ganger

☐ 4-5 ganger

☐ 6-7 ganger

☐ 8-9 ganger

☐ 10 ganger eller flere

9. Hvor gammelt var barnet da det sluttet å få morsmelk?

Sett ett kryss

Uker							Måneder								
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32936

10. Hva var viktigste og nest viktigste grunn til at mor ikke ammet barnet eller har sluttet å amme det?

Sett ett kryss for viktigste grunn og ett kryss for nest viktigste grunn

	Viktigste grunn	Nest viktigste grunn
Sugeproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet ville ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet sykt/for tidlig født	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolikk/urolig barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet biter/har fått tenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor syk/medisinbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymring/stress/sliten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilstoppede melkeganger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Såre brystknopper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystoperert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor begynte å arbeide/å studere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grunner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen spesielle problemer, men ønsket ikke å amme lenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble rådet til å slutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom mor ble rådet til å slutte å amme, hvem var det som rådet henne til det?
(F.eks helsepersonell, familie, venner)

SPØRSMÅL OM MORSMELKERSTATNING/ANNEN MELK

11. Hvor gammelt var barnet da det begynte med morsmelkerstatning/annen melk i tillegg til eller istedenfor morsmelk?

Her regnes både det som drikkes og det som du selv tilsetter i grøt eller annen mat.

Sett ett kryss

Uker							Måneder								
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32936

12. Hvor ofte drikker barnet vanligvis morsmelkerstatning/annen melk i tillegg til eller istedenfor morsmelk, og hvor mye drikker barnet vanligvis pr. gang?

Se mengdeangivelse på bilde 1 bakerst i spørreskjemaet. Velg mengde A, B, C eller D. Sett kryss i ruten som er nærmest den mengden barnet vanligvis får pr. gang. Hvis mengden varierer mye fra måltid til måltid, prøv å anslå en gjennomsnittsmengde. 100 ml = 1 dl.

For hver melketype settes **ett kryss for hvor ofte, enten ganger pr. uke eller ganger pr. døgn**. I tillegg settes **ett kryss for hvor mye** barnet vanligvis drikker pr. gang.

		Hvor ofte?							Hvor mye?			
		Ganger pr. uke		eller	Ganger pr. døgn				Mengde (ml) pr. gang			
	Aldri/sjeldnere enn hver uke	1-3	4-6	1	2	3	4	5 el. flere	60 A	120 B	180 C	240 D
NAN 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAN 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAN H.A. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett med omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipp økologisk morsmelkerstatning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Småfolk morsmelkerstatning med omega 3 og 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Småfolk morsmelkerstatning BabyPlus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holle morsmelkerstatning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holle tilskuddsblanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk (søt og sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt og sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lettmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummetmelk (søt og sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumelksblanding (kumelk-vann-sukker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen morsmelkerstatning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du bruker annen morsmelkerstatning/annen melk, oppgi type:



32936

SPØRSMÅL OM FAST FØDE**13. Har barnet begynt å få fast føde?**

Sett ett kryss

☐ Ja☐ Nei → *Gå til spørsmål 21***14. Hvor gammelt var barnet da det første gang fikk fast føde?**

Sett ett kryss

Uker

Måneder

1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hvor ofte pleier barnet å spise følgende mat nå?

Med melk menes her morsmelk, morsmelkerstatning eller annen melk.

Sett ett kryss for hver matvare, **enten ganger pr. uke eller ganger pr. døgn**

		Ganger pr. uke	eller	Ganger pr. døgn				
INDUSTRIFREMSTILT GRØT/VELLING:		Aldri/sjeldnere enn hver uke	1-3	4-6	1	2	3	4 el. flere
Nestlé grøt tilberedt med melk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nestlé grøt tilberedt med vann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nestlé velling		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Småfolk grøt tilberedt med melk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Småfolk grøt tilberedt med vann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipp grøt tilberedt med vann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipp velling		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holle grøt tilberedt med vann/melk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HJEMMELAGET GRØT:								
Grovt/sammalt mel/havregryn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint/hvitt mel/kavring/semule/ris/mais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIFREMSTILT MIDDAG PÅ GLASS:								
Kun grønnsaker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt og grønnsaker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk og grønnsaker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HJEMMELAGET MIDDAG:								
Potet-/grønnsaksmos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt og grønnsaker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk og grønnsaker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen hjemmelaget middag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32936

16. Hvor ofte pleier barnet å spise følgende mat nå?*Sett ett kryss for hver matvare, enten ganger pr. uke eller ganger pr. døgn*

		Ganger pr. uke		eller	Ganger pr. døgn			
	Aldri/sjeldnere enn hver uke	1-3	4-6		1	2	3	4 el. flere
FRUKT-/BÆRMOS:								
Industrifremstilt frukt-/bærmos på glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmelaget frukt-/bærmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANNEN MAT:								
Brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjeks/kaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spinat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Pleier barnet å få økologiske produkter?*Sett ett kryss for hver matvare*

	Ja, vanligvis	Ja, av og til	Nei, sjelden/aldri
Grøt/velling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre økologiske produkter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hvor gammelt var barnet da det fikk følgende matvarer for første gang?*Sett ett kryss for hver matvare*

	Ikke fått	Måneder					
		1	2	3	4	5	6
Mais-/ris-/hirsegrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havre-/hvet-/bygg-/kavringgrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt-/bærmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moset potet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moste grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moset kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moset fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32936

19. Dersom barnet får grøt nå, hva slags væske tilsettes vanligvis grøten ved tilberedning/koking?

Hvis det vanligvis brukes mer enn én type væske, settes flere kryss

- ☐ Vann
- ☐ Morsmelk
- ☐ Morsmelkerstatning
- ☐ Kumelk
- ☐ Annet

20. Dersom barnet får grøt, hvor store porsjoner spiser barnet vanligvis til hvert måltid?

Se mengdeangivelse på bilde 2 bakerst i spørreskjemaet. Velg mengde A, B, C, D, E eller F. Sett kryss i ruten som er nærmest den mengden barnet vanligvis får pr. gang. Hvis mengden varierer mye fra måltid til måltid, prøv å anslå en gjennomsnittsmengde. Sett ett kryss for hver grøttype.

	Bruker ikke	Noen ts (Bilde A)	0,5 dl (Bilde B)	1 dl (Bilde C)	1,5 dl (Bilde D)	2 dl (Bilde E)	2,5 dl (Bilde F)
Industriefremstilt grøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmelaget grøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPØRSMÅL OM VANN, SAFT, JUICE O.L.

21. Hvor ofte pleier barnet å drikke vann, saft, juice o.l., og hvor mye drikker barnet vanligvis pr. gang?

Se mengdeangivelse på bilde 1 bakerst i spørreskjemaet. Velg mengde A, B, C eller D. Sett kryss i ruten som er nærmest den mengden barnet vanligvis får pr. gang. Hvis mengden varierer mye fra gang til gang, prøv å anslå en gjennomsnittsmengde. 100 ml = 1 dl.

For hver drikk settes **ett kryss for hvor ofte, enten ganger pr. uke eller ganger pr. døgn**. I tillegg settes **ett kryss for hvor mye** barnet vanligvis drikker pr. gang.

Hvor ofte?									Hvor mye?			
		Ganger pr. uke	eller		Ganger pr. døgn				Mengde (ml) pr. gang			
Aldri/sjeldnere enn hver uke		1-3	4-6	1	2	3	4	5 el. flere	60 A	120 B	180 C	240 D
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft for barn 0-3 år (Nestlé, Hipp o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft, sukret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft, kunstig søtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus, sukret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus, kunstig søtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nektar (eplenektar o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nypeekstrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32936

22. Dersom barnet får vann nå, hvor gammelt var barnet da det begynte å få dette?*Sett ett kryss*

Uker							Måneder								
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Dersom barnet får saft, juice o.l. nå, hvor gammelt var barnet da det begynte å få dette?*Sett ett kryss*

Uker							Måneder								
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANDRE SPØRSMÅL OM BARNETS KOSTHOLD**24. Er det noen matvarer det kunne være aktuelt å gi barnet, men som du unngår å gi fordi du er redd barnet kan reagere med allergi/intoleranse?***Sett ett kryss*

☐ Ja

☐ Nei \Rightarrow *Gå til spørsmål 26*

25. Hvilke matvarer/ingredienser i matvarer unngår du å gi barnet?*Her kan du sette flere kryss*

☐ Glutenholdig mel/korn (hvete, havre, rug og bygg)

☐ Vanlig kumelk

☐ Morsmelkerstatning

☐ Appelsin/appelsinjuice/annen sitrusfrukt

☐ Fisk/skalldyr

☐ Nøtter/nøtteprodukter (peanøttsmør etc.)

☐ Belgfrukter (erter, bønner etc.)

☐ Egg

☐ Soya

☐ Matvarer med tilsetningsstoffer

☐ Annet



32936

26. Har barnet hatt problemer i forhold til spising/mat?*Her kan du sette flere kryss*

- ☐ Nei, har ikke hatt noen problemer
- ☐ Ja, dårlig matlyst
- ☐ Ja, problemer med svelging/suging
- ☐ Ja, allergi/intoleranse mot enkelte matvarer
- ☐ Ja, andre problemer

Oppgi hvilke:

SPØRSMÅL OM KOSTTILSKUDD**27. Får barnet vitamin D-tilskudd (som vitamin D-dråper/tran) eller annet kosttilskudd nå?***Sett ett kryss*

- ☐ Ja
- ☐ Nei, men barnet har fått vitamin D-tilskudd/kosttilskudd tidligere \Rightarrow *Gå til spørsmål 29*
- ☐ Nei, barnet har aldri fått vitamin D-tilskudd/kosttilskudd \Rightarrow *Gå til spørsmål 31*

28. Hvor ofte får barnet vanligvis vitamin D-tilskudd eller annet kosttilskudd, og hvor mye får barnet pr. gang?*For hvert kosttilskudd settes **ett kryss** for hvor ofte, enten ganger pr. uke eller ganger pr. døgn. I tillegg settes **ett kryss** for hvor mye barnet vanligvis får pr. gang.**Det er satt opp to mengder for en teskje; 3 ml (liten teskje) og 5 ml (stor teskje)*

		Hvor ofte?					Hvor mye?					
		Ganger pr. uke	eller	Ganger pr. døgn			Mengde pr. gang					
							1 ts (3 ml)	1 ts (5 ml)	1 bs (7 ml)	1 ss (10 ml)	3 dråper	5 dråper
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D-dråper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre typer fiskeoljer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitaminer (Sana-sol, Biovit, Nycoplus multivitamin mikstur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet kosttilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32936

29. Hvor gammelt var barnet da det første gang fikk vitamin D-tilskudd?

Sett ett kryss

Uker							Måneder								
1	2	3	4	5	6	7	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Hvilke av følgende kosttilskudd har barnet fått de første levemånedene?Sett kryss for **alle** levemånedene barnet har fått kosttilskudd

		Levemåned					
	Ikke fått	1	2	3	4	5	6
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D-dråper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre typer fiskeoljer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitaminer (Sana-sol, Biovit, Nycoplus multivitamin mikstur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet kosttilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMASJON OM SPEDBARNSENERNÆRING**31. Hvor har du fått informasjon om amming/spedbarnsernæring, og hvordan vurderer du denne informasjonen?**

Sett ett kryss for hver linje

	Ikke fått informasjon	Svært nyttig	Nyttig	Lite nyttig	Unyttig
Føde-/barselavdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsepersonell utenfor helsestasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homøopat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie/kjente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammehjelpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bøker og/eller oppslagsverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviser/TV/Ukeblad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reklamemateriell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattilsynets hjemmeside (www.mattilsynet.no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosial- og helsedirektoratets hjemmeside (www.shdir.no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
www.matportalen.no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre internettsider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



32936

32. Har du fått/sett informasjonsmateriellet nevnt nedenfor, og hvordan vurderer du eventuelt dette materiellet?

Sett ett kryss for hver linje

	Ikke fått/sett	Svært nyttig	Nyttig	Lite nyttig	Unyttig
Brosjyren 'Mat for spedbarn'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosjyren 'Hvordan du ammer ditt barn'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filmen 'Bryst er best'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Ønsker du mer informasjon om spedbarnsernæring?

Sett ett kryss

- ☐ Ja
- ☐ Nei \Rightarrow *Gå til spørsmål 35*
- ☐ Vet ikke \Rightarrow *Gå til spørsmål 35*

34. Hvilke tema(er) er det du særlig ønsker mer informasjon om i forhold til spedbarnsernæring?

Her kan du sette flere kryss.

(Dersom det ikke er plass til alle ønsker i det åpne feltet, skriv inn det du synes er viktigst)

- ☐ Amming
- ☐ Bruk av morsmelkerstatning/annen melk enn morsmelk
- ☐ Tidspunkt for når barnet skal begynne med fast føde
- ☐ Hjemmelaget spedbarnsmat/hvordan lage spedbarnsmaten selv
- ☐ Vitamin D-tilskudd/kosttilskudd
- ☐ Valg av grøttypen
- ☐ Matvareallergi/-intoleranse
- ☐ Andre tema;

Oppgi hvilke:



32936

BAKGRUNNsspørsmål om barnets mor og far

35. Hva er mors alder?

Skriv inn mors alder

År

36. Hvilken utdanning har barnets mor og far?

Sett ett kryss for høyeste fullførte utdanning hos mor og ett kryss for høyeste fullførte utdanning hos far

	Barnets mor	Barnets far
9/10-årig grunnskole eller kortere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9/10-årig grunnskole og folkehøgskole eller annen ett-årig utdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videregående opplæring (gymnas/fagbrev)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagskoleutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høgskole- eller universitetsutdanning på 4 år eller mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høgskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Hvordan var mors arbeidssituasjon før barnet ble født?

Sykemeldinger i forbindelse med svangerskapet skal ikke regnes med. Dersom flere alternativer passer, kryss av for det alternativet som passer best.

Sett ett kryss

- ☐ Utearbeidende heltid
- ☐ Utearbeidende deltid
- ☐ Hjemmearbeidende
- ☐ Sykemeldt før hun ble gravid
- ☐ Permisjon
- ☐ Uføretrygdet
- ☐ Under attføring
- ☐ Student/skoleelev
- ☐ Arbeidsledig
- ☐ Annet

38. Hvordan er mors familiesituasjon?

Sett ett kryss

- ☐ Samboer
- ☐ Gift
- ☐ Bor alene med barnet/barna
- ☐ Annet



32936

39. Røykte mor i svangerskapet?*Sett ett kryss*

- ☐ Nei
-
- ☐ Ja, men sluttet i 1. trimester (uke 1-12)
-
- ☐ Ja, men sluttet i 2. trimester (uke 13-24)
-
- ☐ Ja, men sluttet i 3. trimester (uke 25 frem til fødsel)
-
- ☐ Ja, av og til (ikke hver dag)
-
- ☐ Ja, 1-9 sigaretter pr. dag
-
- ☐ Ja, 10 sigaretter eller flere pr. dag

40. Røyker mor nå?*Sett ett kryss*

- ☐ Nei
-
- ☐ Ja, av og til (ikke hver dag)
-
- ☐ Ja, 1-9 sigaretter pr. dag
-
- ☐ Ja, 10 sigaretter eller flere pr. dag

41. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?*Sett ett kryss*

- ☐ Nei
-
- ☐ Ja, av og til
-
- ☐ Ja, flere ganger i uken
-
- ☐ Ja, daglig

42. Har barnets foreldre eller søsken astma/allergi, eller har de hatt slike plager tidligere?*Her kan du sette flere kryss*

- ☐ Nei
-
- ☐ Mor har/har hatt astma/allergi
-
- ☐ Far har/har hatt astma/allergi
-
- ☐ Barnets søsken har/har hatt astma/allergi

Tusen takk for at du tok deg tid til å besvare spørsmålene!

Skjemaet legges i vedlagte svarkonvolutt, men vent med å lime den igjen og sende inn til barnets vekt og lengde er ført inn på skjemaet.

